

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,  
ОКАЗЫВАЕМОЙ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ НА 2024 ГОД**

город Москва

«29» декабря 2023 г.

**Раздел 1 «Общие положения»**

Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы

Хрипун А.И.

Директор Московского городского фонда обязательного  
медицинского страхования

Урванова И.А.

Заместитель руководителя Департамента здравоохранения  
города Москвы

Попова Э.В.

Заместитель директора – начальник Управления организации  
ОМС Московского городского фонда обязательного  
медицинского страхования

Преображенская М.И.

Заместитель директора – начальник Управления социально-  
экономического анализа системы ОМС Московского городского  
фонда обязательного медицинского страхования

Силина Е.В.

Заместитель директора - начальник Управления финансовых  
расчетов ОМС Московского городского фонда обязательного  
медицинского страхования

Кузнецова И.В.

Первый заместитель руководителя Департамента экономической  
политики и развития города Москвы

Сибрин А.Э.

Член Общероссийской общественной организации «Общество  
по организации здравоохранения и общественного здоровья»

Полунина Н.В.

Председатель Правления Региональной общественной  
организации «Столичное объединение врачей»

Гайнулин Ш.М.

Член Исполкома общероссийской общественной организации  
«Союз педиатров России»

Корсунский А.А.

Председатель Региональной общественной организации Профессионального союза работников здравоохранения г. Москвы	Ремизов С.В.
Директор Московской дирекции акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»	Буров Д.С.
Заместитель генерального директора ООО «Капитал медицинское страхование»	Третьякова Е.Н.
Директор Московского филиала ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед»	Кирсанов А.Н.
Руководитель управления правового обеспечения Региональной общественной организации Профессионального союза работников здравоохранения г. Москвы	Юренева Т.О.
Заведующий отделом экономической работы и оплаты труда - правовой инспектор труда управления правового обеспечения аппарата Региональной общественной организации Профессионального союза работников здравоохранения г. Москвы	Манейлова О.С.

именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2024 год (далее – Тарифное соглашение), о нижеследующем:

1.1. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – тарифы), способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.2. Тарифное соглашение разработано в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н

(далее – Правила обязательного медицинского страхования), Законом города Москвы от 22.11.2023 № 32 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов», постановлением Правительства Москвы от 28.12.2023 № 2691-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – Территориальная программа).

1.3. Тарифы устанавливаются Тарифным соглашением между Департаментом здравоохранения города Москвы, Московским городским фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, Медицинской профессиональной некоммерческой организацией, созданной в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Профессиональным союзом медицинских работников города Москвы, входящими в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – Комиссия по разработке территориальной программы ОМС).

1.4. Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Территориальную программу обязательного медицинского страхования города Москвы.

1.5. Информационное взаимодействие между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, а также между медицинскими организациями и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования осуществляется посредством веб-сервисов подсистемы региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (РС ЕРЗЛ) и подсистемы персонифицированного учета медицинской помощи (ПУМП) автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования (АИС ОМС).

## **Раздел 2 «Способы оплаты медицинской помощи»**

2.1. При реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – Территориальная программа ОМС) применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология»):

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (за исключением расходов на оказание отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также расходов на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого

населения по группам заболеваний и возрасту, определенных Департаментом здравоохранения города Москвы), в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, включая комплексное посещение, за обращение (законченный случай), согласно приложению № 1.1 к настоящему Тарифному соглашению, и с включением расходов за единицу объема медицинской помощи при оказании медицинской помощи в иных медицинских организациях, включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в расчетах за оказанную медицинскую помощь (далее - горизонтальные расчеты), согласно приложению № 1.2 к настоящему Тарифному соглашению;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, не участвующих в горизонтальных расчетах и включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению № 1.3 к настоящему Тарифному соглашению;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, включая проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования женщин в период беременности, родов и послеродовой период);

- за единицу объема медицинской помощи - за комплексное посещение (используется при оплате диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения по группам заболеваний и возрасту, определенных Департаментом здравоохранения города Москвы, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся образовательных организаций).

2.1.2. При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «стоматология»:

- по подушевому нормативу финансирования по профилю «стоматология» на прикрепившихся лиц к медицинской организации, согласно приложению № 1.4.1 к настоящему Тарифному соглашению;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования по профилю «стоматология» на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц и включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по профилю «стоматология» за единицу объема медицинской помощи, – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), согласно приложению № 1.4.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.3. При оплате первичной медико-санитарной помощи по профилю «дерматология», оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» – по подушевому нормативу финансирования на лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.2 настоящего Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний, который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации.

2.1.4. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за законченный (в том числе в стационарах кратковременного пребывания) или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.2 настоящего Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением прерванного случая лечения заболевания), в том числе в сочетании с оплатой за проведение заместительной почечной терапии.

2.1.5. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.2 настоящего Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению 1.3-а к настоящему Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.2 настоящего Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, включенным в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению № 1.2-а к настоящему Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.2 настоящего Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, включенной в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, согласно приложению № 11.1 к настоящему Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.2 настоящего Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным

по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.2 настоящего Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, и не прикрепившимся к медицинским организациям, включенным в перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, согласно приложению № 1.1-а к настоящему Тарифному соглашению;

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации при оказании медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, согласно приложению № 1.1-а к настоящему Тарифному соглашению, и с включением расходов за единицу объема медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению № 1.2-а к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.6. При оплате медицинской помощи, оказываемой в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи с включением расходов за единицу объема медицинской помощи по всем видам и условиям при ее оказании в иных медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования города Москвы, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного

в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, а также не учитываемой в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к данной медицинской организации, установленной Тарифным соглашением.

2.1.7. При оплате скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказанной в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказанной в амбулаторных и стационарных условиях выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы, а также при оплате медицинской помощи в неотложной форме в случае вызова бригады неотложной медицинской помощи Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы – по подушевым нормативам финансирования на лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (соответственно вызов бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в соответствии с ее профилем, посещение по неотложной медицинской помощи) лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации.

При оплате скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи иных медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), – по установленному тарифу на оплату медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (вызов бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в соответствии с ее профилем).

2.1.8. При оплате медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», оказываемой в период беременности и родов в медицинских организациях, имеющих структурные подразделения, оказывающие медицинскую



помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара по указанному профилю, – по подушевому нормативу финансирования на женщин в период беременности и родов, вставших на учет по беременности в данной медицинской организации, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», при условии выполнения в данной медицинской организации базового спектра обследования беременных женщин в соответствии с нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, об оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и проведения в данной медицинской организации всех лечебных мероприятий, включая родовспоможение.

При отсутствии возможности выполнения в данной медицинской организации отдельных скрининговых лабораторных исследований учитывается их проведение в других медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, при направлении на такие исследования.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, к способу оплаты «прерванный случай лечения заболевания» относятся прерванные случаи оказания медицинской помощи при прерывании лечения по медицинским показаниям, изменении условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказании медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при лечении злокачественных новообразований, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписке пациента до истечения трех дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, указанных в приложении 16 к Территориальной программе.

2.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология») и в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС:

2.3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, приведен в приложении № 1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, приведен в приложении № 1.1-а к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.2-а к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.5. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.6. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.3-а к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.7. Перечень медицинских услуг, оказываемых независимо от наличия направления из медицинских организаций по месту прикрепления застрахованных лиц в рамках неотложных мероприятий, затраты на оказание которых возмещаются при горизонтальных расчетах с МО, приведен в приложении № 1.5.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.8. Перечень медицинских услуг, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинских организаций, приведен в приложении № 1.5.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.9. Особенности учета и оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях:

2.3.9.1. Общие принципы учета:

Учет медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях и поликлинических (в том числе клиничко-диагностических) отделениях стационаров, при оплате за единицу объема - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение осуществляется с использованием кодов простых, сложных и комплексных медицинских услуг, включенных в приложение № 10 к настоящему

Тарифному соглашению. Для учета кодов услуг используется справочник «geesus» пакета НСИ АИС ОМС.

Перечень простых и комплексных медицинских услуг, финансируемых за счет средств подушевого финансирования, приведен в приложении № 1.5.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Учет медицинской помощи, оказанной в этих подразделениях, осуществляется по фактически оказанным услугам, кодируемым в едином талоне амбулаторного пациента в соответствии с разделами Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

Медицинские услуги, выполняемые в диагностических подразделениях медицинской организации (в том числе стационара) по направлениям других медицинских организаций, подлежат учету как услуги, выполненные в амбулаторных условиях, в соответствии с Московским городским реестром медицинских услуг в системе ОМС (далее – МГР).

Медицинская услуга по лабораторной диагностике, имеющая длительный технологический срок исполнения, может быть предъявлена к оплате в течение 2 месяцев от даты смерти пациента, при условии прижизненного забора биологического материала. Дата направления на данное исследование не должна быть позднее даты регистрации смерти пациента.

#### 2.3.9.2. Правила регистрации услуг, оказанных в женской консультации:

Первичная постановка на диспансерный учет по беременности осуществляется с использованием медицинской услуги «1980». Услуга «1980» регистрируется в счете пациентки один раз в рамках одного эпизода беременности.

Последующие посещения врача-акушера-гинеколога по поводу наблюдения за течением беременности до момента родоразрешения учитываются с использованием кода медицинской услуги «1981».

Посещения врача-акушера-гинеколога в рамках послеродового наблюдения учитываются с использованием кода медицинской услуги «1982». Услуга «1982» может быть зарегистрирована в счете не ранее даты родоразрешения и не позднее 42 календарных дней с даты родоразрешения.

#### 2.3.9.3. Правила регистрации услуг, оказанных в центре здоровья:

Учет диагностической помощи пациентам центра здоровья осуществляется поэтапно – первичного обращения (комплексное обследование в центре здоровья – коды «15001» / «115001» / «815001» / «915001») и последующих обращений данного пациента в этот центр в течение календарного года, начиная от месяца проведения комплексного обследования.

Комплексная услуга оплачивается один раз в течение года. Московский городской фонд обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации ведут и контролируют список пациентов, которым проведено комплексное обследование.

Медицинские услуги, оказанные зарегистрированному в центре здоровья пациенту, регистрируются в соответствии с общими правилами учета амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

#### 2.3.9.4. Правила регистрации услуг, оказанных врачами-специалистами:

Коды медицинских услуг первичных приемов врачей-специалистов применяются при учете первичного обращения пациента по поводу каждого нового случая заболевания, а также обращения пациента, состоящего на диспансерном учете, впервые в календарном году, обратившегося на врачебный прием.

Коды медицинских услуг повторных приемов врачей-специалистов применяется для учета всех последующих обращений пациента в рамках одного случая заболевания.

Коды медицинских услуг диспансерных приемов врачей-специалистов применяется при учете диспансерного приема врачом пациента, состоящего на диспансерном наблюдении.

#### 2.3.9.5. Правила регистрации услуг, оказанных врачами-онкологами:

Код медицинской услуги «1191» / «801191» - «прием врача-онколога лечебно-диагностический, первичный, амбулаторный» применяется при учете обращения пациента с впервые выявленным онкологическим заболеванием, а также обращения пациента, состоящего на диспансерном учете в онкологическом отделении, впервые в календарном году, обратившегося на врачебный прием.

Код медицинской услуги «1192» / «801192» - «прием врача-онколога лечебно-диагностический, повторный, амбулаторный» применяется для учета всех последующих в течение года обращений пациента в период обследования и лечения пациента с подтвержденным диагнозом онкологического заболевания, в том числе рецидиве, прогрессировании заболевания.

При учете приема врача-онколога, на котором верифицируется диагноз злокачественного новообразования, в форме ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС в обязательном порядке отмечается признак «Признак подтвержденного диагноза ЗНО».

Код медицинской услуги «1195» / «801195» - «прием врача-онколога диспансерный, амбулаторный» применяется при учете диспансерного приема врачом-онкологом пациента с подтвержденным диагнозом онкологического заболевания:

- в течение первого года – 1 раз 3 мес.;
- в течение второго года – 1 раз 6 мес.;
- в дальнейшем – 1 раз в год.

Код медицинской услуги «1193» / «801193» - «прием врача-онколога на дому» применяется для учета посещений маломобильного пациента – и с впервые выявленным, и с подтвержденным диагнозом онкологического заболевания, в том числе с целью диспансерного осмотра.

Сочетание кодов медицинских услуг «1191», «1192», «1193», «1195», «801191», «801192», «801193», «801195» в один день не допускается.

#### 2.3.9.6. Особенности регистрации услуг КТ и МРТ:

При учете медицинских услуг КТ и МРТ в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол исследования, содержащий ссылку на изображение в ЕРИС).

#### 2.3.9.7. Особенности регистрации услуг ПЭТ / КТ:

При учете медицинских услуг ПЭТ / КТ в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол исследования).

#### 2.3.9.8. Особенности регистрации услуг онкологического консилиума:

Проведение онкологического консилиума учитывается с использованием медицинских услуг «1781» – «Онкологический консилиум (определение тактики лечения)», «1782» – «Онкологический консилиум (изменение тактики лечения)», «1783» – «Онкологический консилиум (определение тактики обследования)», «101781» – «Онкологический консилиум». При регистрации в подсистеме ПУМП АИС ОМС услуг по проведению онкологического консилиума указывается ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол).

#### 2.3.9.9. Правила регистрации услуг по диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДД):

Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения учитывается комплексными услугами, разработанными для различных возрастных групп женщин (коды услуг «1936» - «1948», «801936» - «801948») и мужчин (коды услуг «1955» - «1967», «801955» - «801967»).

Таблица соответствия года рождения пациента и комплексной услуги «Первый этап диспансеризации» на 2024 год приведена в Регламенте информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования города Москвы с использованием веб-сервисов.

По завершении первого этапа диспансеризации определяется код комплексной услуги в соответствии с полом и возрастом пациента (коды «1936» - «1948», «801936» - «801948» и «1955» - «1967», «801955» - «801967»), который вносится в счет по ОМС на пациента. При оформлении талона на комплексную услугу необходимо внести специальную метку на талон – ДД.

Результат диспансеризации (поле «RSLT» реестра счета) выбирается по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, в который включены коды результата диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с группой здоровья (коды 317/318/355/356), либо сведения о направлении на второй этап диспансеризации (коды 353/357/358).

«Исход заболевания» (поле «ISHOD» реестра счета) - выбирается значение «304» по кодификатору «isv012» пакета НСИ АИС ОМС.

Одним из признаков направления на второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения является результат первого этапа диспансеризации (поле «RSLT» счета на пациента), зарегистрированный в счете на комплексную услугу по диспансеризации данного пациента «Первый этап диспансеризации» - «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II/IIIa/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 353/357/358 в соответствии с группой здоровья).

При учете услуг II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, зарегистрированных в счете на простые услуги по диспансеризации, в счете пациента (поле «RSLT» счета на пациента) указывается «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II/IIIa/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 353/357/358 в соответствии с группой здоровья).

В качестве «результата» осмотра/исследования взрослого населения, проведенного в рамках второго этапа диспансеризации (тип карты - ДД), следует применять (за исключением услуги «Прием врача-терапевта участкового профилактический, амб.» (код «1017» / «801017»)) / «Прием врача общей практики (семейного врача) взрослого населения профилактический, амб.» (код «1807» / «801807»)) в счете пациента (поле «RSLT» счета) коды результата диспансеризации «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II/IIIa/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 353/357/358). Результатом завершения II этапа диспансеризации взрослого населения является услуга «Прием врача-терапевта участкового профилактический, амб.» (код «1017» / «801017»)) / «Прием врача общей практики (семейного врача) взрослого населения профилактический, амб.» (код «1807» / «801807»)) с регистрацией в счете пациента (поле «RSLT» счета) кода результата диспансеризации – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения – присвоена I/II/IIIa/IIIб группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 317/318/355/356).

#### 2.3.9.10. Правила регистрации услуг по углубленной диспансеризации граждан:

В соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проходят углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации, установленным программой

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период.

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Медицинская помощь, оказываемая в рамках I и II этапов углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), учитывается медицинскими услугами:

Код услуги	Наименование услуги
1975 / 801975	Диагностические и лабораторные исследования, включенные в I этап углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1976 / 801976	Тест с 6-минутной ходьбой, включенный в I этап углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1977 / 801977	Определение концентрации Д-димера в крови, включенное в I этап углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1978 / 801978	Компьютерная томография легких и эхокардиография, включенные во II этап углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
1979 / 801979	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей, включенное во II этап углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

Комплексная медицинская услуга «1975» / «801975» включает проведение следующих диагностических и лабораторных исследований: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая: исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови).

Медицинская услуга «1976» / «801976» оказывается при исходной сатурации кислорода крови 95% и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность.

Медицинская услуга «1977» / «801977» оказывается гражданам, перенесшим заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в средней степени тяжести и выше.

Медицинская услуга «1978» / «801978» оказывается в случае показателя сатурации в покое 94% и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой.

Медицинская услуга «1979» / «801979» оказывается при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови.

По завершении первого этапа диспансеризации коды медицинских услуг («1975», «801975», «1976», «801976», «1977», «801977») вносятся в счет по ОМС на пациента.

Результат диспансеризации (поле «RSLT» реестра счета) выбирается по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, в который включены коды результата диспансеризации определенных групп взрослого населения и углубленной диспансеризации в соответствии с группой здоровья (коды 355, 356), либо сведения о направлении на второй этап диспансеризации (коды 357, 358).

«Исход заболевания» (поле «ISHOD» реестра счета) - выбирается значение «304» по кодификатору «ISV012» пакета НСИ АИС ОМС.

Одним из признаков направления на второй этап углубленной диспансеризации является результат первого этапа диспансеризации (поле «RSLT» счета на пациента), зарегистрированный в счете на комплексную услугу по углубленной диспансеризации данного пациента (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 357, 358 в соответствии с группой здоровья).

Результатом завершения II этапа углубленной диспансеризации населения является регистрация медицинских услуг «1978» / «801978» и (или) «1979» / «801979» в счете пациента со значением результата обращения (поле «RSLT» счета), равного 355 или 356 (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 355, 356).

При оформлении талона на любую из медицинских услуг углубленной диспансеризации населения необходимо внести специальную метку на талон – УД.

По результатам оказания медицинских услуг «1975», «801975», «1976», «801976», «1977», «801977», «1978», «801978», «1979», «801979» в счете пациента регистрируется диагноз основного заболевания:

– «U08.9» - «В личном анамнезе COVID-19, неуточненный» в случае отсутствия у застрахованного лица жалоб на состояние здоровья после перенесенного COVID-19 и отсутствия выявленных при проведении углубленной диспансеризации отклонений;

– «U09.9» - «Состояние после COVID-19 неуточненное» в случае наличия у застрахованного лица жалоб на состояние здоровья после перенесенного COVID-19 или в случае выявления при проведении углубленной диспансеризации отклонений.



Медицинские услуги первого этапа углубленной диспансеризации лиц, перенесших COVID-19 («1975», «801975», «1976», «801976»), должны выполняться в рамках одной медицинской организации (юридического лица).

Медицинская услуга «1977» / «801977» предьявляется к оплате медицинской организацией, имеющей лабораторию, непосредственно осуществившей определение концентрации Д-димера в крови по направлению медицинской организации, выполняющей комплексную услугу «1975» / «801975».

По завершении первого этапа углубленной диспансеризации лиц, перенесших COVID-19, может быть сформировано направление на второй этап углубленной диспансеризации лиц, перенесших COVID-19, медицинские услуги в рамках которого могут быть выполнены как в рамках этой же медицинской организации (юридического лица), так и в другой медицинской организации (другом юридическом лице) по направлению от медицинской организации, выполнившей первый этап.

Медицинские услуги второго этапа углубленной диспансеризации лиц, перенесших COVID-19 («1978», «801978», «1979», «801979»), могут выполняться как в рамках одной медицинской организации (юридического лица), так и в разных медицинских организациях (разных юридических лицах).

2.3.9.11. Правила регистрации услуг по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения (ПРОФВ):

Профилактический медицинский осмотр взрослого населения учитывается комплексными услугами, разработанными для различных возрастных групп женщин (коды услуг «1949» - «1954», «801949» - «801954») и мужчин (коды услуг «1968» - «1973», «801968» - «801973»).

Таблица соответствия года рождения пациента и комплексных услуг профилактического медицинского осмотра взрослого населения, проводимого в качестве самостоятельного мероприятия, на 2024 год приведена в Регламенте информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования города Москвы с использованием веб-сервисов.

По завершении профилактического медицинского осмотра и установления группы здоровья пациента определяется код комплексной услуги в соответствии с полом и возрастом пациента (коды «1949» - «1954», «801949» - «801954» и «1968» - «1973», «801968» - «801973»), который вносится в счет по ОМС на пациента. При оформлении штатного талона по комплексной услуге необходимо внести специальную метку на талон – «ПРОФВ».

Результат осмотра (поле «RSLT» реестра счета) выбирается по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, в который включены коды результата профилактического медицинского осмотра взрослого населения в соответствии с группой здоровья - коды 343; 344; 373; 374.

«Исход заболевания» (поле «ISHOD» реестра счета) - выбирается значение «304» по кодификатору «isv012» пакета НСИ АИС ОМС.

### 2.3.9.12. Правила регистрации услуг по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних (ПРОФД)

Первый этап медицинских осмотров несовершеннолетних учитывается комплексными услугами (коды услуг «101933» - «101945», «901933» - «901945», «101951», «901951»), разработанными для различных возрастных групп несовершеннолетних.

Возраст ребенка определяется с точностью до месяца и года рождения для детей до 1 года и 6 месяцев включительно и с точностью до года для детей в возрасте с 2 лет и старше.

Таблица соответствия года рождения ребенка и кодов комплексных услуг профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на 2024 год приведена в Регламенте информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования города Москвы с использованием веб-сервисов.

По завершении первого этапа профилактического осмотра несовершеннолетнего определяется код комплексной услуги в соответствии с возрастом пациента, который вносится в счет по ОМС на пациента. При оформлении талона на комплексную услугу на талон необходимо внести специальную метку – «ПРОФД».

Результат осмотра (поле «RSLT» реестра счета) выбирается по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, в который включены коды результата профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в соответствии с группой здоровья (коды 332/333/334/335/336), либо сведения о направлении на второй этап осмотра (коды 361/362/363/364).

«Исход заболевания» (поле «ISHOD» реестра счета) - выбирается значение «304» по кодификатору «isv012» пакета НСИ АИС ОМС.

Одним из признаков направления на второй этап профилактического осмотра несовершеннолетнего является результат первого этапа профилактического осмотра (поле «RSLT» счета на пациента), зарегистрированный в счете на комплексную услугу «Профилактический медицинский осмотр детей» - «Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 361/362/363/364 в соответствии с группой здоровья).

При учете услуг II этапа профилактического осмотра несовершеннолетнего, зарегистрированных в счете на простые услуги по профилактическому осмотру, в счете пациента (поле «RSLT» счета на пациента) указывается «Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 361/362/363/364 в соответствии с группой здоровья).

В качестве «результата» осмотра / исследования несовершеннолетнего, проведенного в рамках второго этапа профилактического осмотра, следует применять (за исключением услуги «Прием врача-педиатра детей старше 1 года

профилактический, амб.» (код «101028» / «901028») / «Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код «101030» / «901030») в счете пациента (поле «RSLT» счета) коды результата диспансеризации «Направлен на II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 361/362/363/364).

Результатом завершения II этапа профилактического осмотра несовершеннолетнего является услуга «Прием врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код «101028» / «901028»)/ «Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код «101030» / «901030») с регистрацией в счете пациента (поле «RSLT» счета) кода результата диспансеризации – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему – присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 332/333/334/335/336).

2.3.9.13. Правила регистрации услуг по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (ДС), а также диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (ДУ):

Завершение первого этапа диспансеризации детей-сирот учитывается комплексной услугой с кодом «101952» / «901952», который вносится в счет по ОМС на пациента. При оформлении талона на комплексную услугу на талон необходимо внести специальную метку – «ДС» / «ДУ».

Значение результата осмотра (поле «RSLT» реестра счета) выбирается по кодификатору «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, в который включены коды результата диспансеризации несовершеннолетнего в соответствии с группой здоровья (коды 321/322/323/324/325 – для ДС, коды 347/348/349/350/351 – для ДУ), либо сведения о направлении на второй этап диспансеризации (коды 365/366/367/368 – для ДС, коды 369/370/371/372 – для ДУ).

«Исход заболевания» (поле «ISHOD» реестра счета) – выбирается значение «304» по кодификатору «isv012» пакета НСИ АИС ОМС.

Одним из признаков направления на второй этап диспансеризации детей-сирот является результат первого этапа диспансеризации (поле «RSLT» счета на пациента), зарегистрированный в счете на комплексную услугу «Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»: «Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена II/III/IV/V

группа здоровья» или «Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 365/366/367/368 – для ДС, коды 369/370/371/372 – для ДУ в соответствии с группой здоровья).

При учете услуг II этапа диспансеризации детей-сирот, зарегистрированных в счете на простые услуги по диспансеризации, в счете пациента (поле «RSLT» счета на пациента) указывается «Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» – для ДС или «Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся / без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» - для ДУ (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 365/366/367/368 – для ДС или коды 369/370/371/372 – для ДУ в соответствии с группой здоровья).

В качестве «результата» осмотра/исследования несовершеннолетнего, проведенного в рамках второго этапа диспансеризации (тип карты – ДС/ДУ), следует применять (за исключением услуги «Прием врача-педиатра диспансерный амб.» (код «101003» / «901003»)) / «Прием врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код «101028» / «901028»)) / «Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код «101030» / «901030»)) в счете пациента (поле «RSLT» счета) коды результата диспансеризации «Направлен на II этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, предварительно присвоена II/III/IV/V группа здоровья» - для ДС или «Направлен на II этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» - для ДУ (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 365/366/367/368 – для ДС или коды 369/370/371/372 – для ДУ в соответствии с группой здоровья).

Результатом завершения II этапа диспансеризации несовершеннолетнего является услуга «Прием врача-педиатра диспансерный амб.» (код «101003» / «901003»)) / «Прием врача-педиатра детей старше 1 года профилактический, амб.» (код «101028» / «901028»)) / «Прием врача-педиатра (ДШО) профилактический» (код «101030» / «901030»)) с регистрацией в счете пациента (поле «RSLT» счета) кода результата диспансеризации «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» - для ДС или «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей,

в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью – присвоена I/II/III/IV/V группа здоровья» - для ДУ (кодификатор «Результат обращения» «rsv009» пакета НСИ АИС ОМС, коды 321/322/323/324/325 – для ДС или 347/348/349/350/351 – для ДУ).

2.3.9.14. Правила выбора значения для параметра «Цель посещения»:

Значения целей посещения:

«1.0» - «Посещение по заболеванию» - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с лечебной целью.

«1.1» - «Посещение в неотложной форме» - оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи).

«1.2» - «Активное посещение» - повторное врачебное посещение больного на дому по инициативе врача.

«1.3» - «Диспансерное наблюдение» - проводимое динамически с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

«2.1» - «Медицинский осмотр» - комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

«2.2» - «Диспансеризация» - комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследования, проводимого в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения), раннего выявления распространенных хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития; профилактическое консультирование и назначение лечения, осуществляемые в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

«2.3» - «Комплексное обследование» - комплекс исследований для оценки наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей пациента (учитываются посещения, выполненные в «Центре здоровья»).

«2.5» - «Патронаж» - проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий, внедрение правил личной гигиены и улучшение санитарно-гигиенических условий в быту.

«2.6» - «Посещение по другим обстоятельствам» - включают посещения в связи:

- с направлением на консультацию, госпитализацию, в том числе в дневной стационар;

- с оформлением справки (в том числе оформление справки о смерти),

санаторно-курортной карты и других медицинских документов.

Примечание: оформление справки о смерти относится к посещениям с иными целями в случае, если на больного в этот период не оформлен талон амбулаторного пациента на законченный случай лечения у данного специалиста. В случае, если талон амбулаторного пациента оформлен у врача (врача-специалиста), то единицей учета медицинской помощи будет обращение по поводу заболевания.

«3.0» - «Обращение по заболеванию» Указывается для всех медицинских услуг, включая приемы врачей-специалистов, лечебные процедуры и диагностические услуги, оказываемых застрахованному лицу в рамках обращения по одному заболеванию. При этом прием врача-специалиста, завершающий обращение застрахованного лица по одному заболеванию, маркируется значением «1» – «Да» в поле «Законченный случай» формы ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС. Все остальные медицинские услуги, входящие в состав такого обращения маркируются значением «2» – «Нет» в поле «Законченный случай» формы ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС;

«3.1» - «Обращение с профилактической целью» Указывается для всех медицинских услуг, включая приемы врачей-специалистов и диагностические услуги, оказываемых застрахованному лицу в рамках обращения с профилактической целью. При этом прием врача-специалиста, завершающий обращение застрахованного лица с профилактической целью, маркируется значением «1» – «Да» в поле «Законченный случай» формы ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС. Все остальные медицинские услуги, входящие в состав такого обращения маркируются значением «2» – «Нет» в поле «Законченный случай» формы ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС.

2.3.9.15. Правила учета результатов лабораторной диагностики COVID-19:

ПЦР диагностика COVID-19 учитывается кодами медицинских услуг «28212», «828212» и «128212», «928212».

Правила регистрации диагноза основного заболевания:

– при положительном результате ПЦР диагностики (COVID-19 подтвержден) указывается диагноз основного заболевания «U07.1»;

– при отрицательном результате ПЦР диагностики (COVID-19 не подтвержден) указывается диагноз основного заболевания «Z11.5»;

Проведение ИФА исследований в целях определения титров антител к COVID-19 учитывается кодами медицинских услуг «28165» и «128165».

Правила регистрации диагноза основного заболевания:

– при обнаружении иммуноглобулина IgM (при отсутствии IgG) указывается диагноз основного заболевания «U07.1»;

– при обнаружении иммуноглобулина IgG (независимо от наличия IgM) указывается диагноз основного заболевания «Z03.8»;

– при отрицательном результате диагностики (повышенные титры антител не выявлены) указывается диагноз основного заболевания «Z11.5».

2.3.9.16. Правила учета транспортировки пациентов, страдающих COVID-19 или пневмонией, для долечивания:

Транспортировка пациентов между стационарами, включенными в перечень медицинских организаций в соответствии со справочником «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС, при переводе пациента для долечивания (пневмонии, коронавирусной инфекции типа 2019-nCoV) осуществляется медицинскими организациями, включенными в указанный перечень и имеющими значение параметра «TRS» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG\_6» и не позднее даты, указанной в параметре «DATEEND\_6».

Учет транспортировки ведется с использованием кодов медицинских услуг «60010» / «160010» - «Транспортировка между стационарами при переводе пациента для долечивания (пневмонии, коронавирусной инфекции типа 2019-nCoV)».

2.3.9.17. Правила регистрации медицинских услуг по предварительному обследованию пациентов, поступающих в федеральные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при плановой госпитализации:

При проведении лабораторной и инструментальной диагностики в целях подготовки пациентов, застрахованных в городе Москве, к плановой госпитализации в МО, подведомственные федеральным органам власти, в поликлинических / консультационно-диагностических отделениях указанных МО оказанная медицинская помощь учитывается с использованием соответствующих кодов «простых» медицинских услуг и предъявляется к оплате в составе счета за медицинскую помощь, оказанную в соответствующем отчетном периоде.

По завершении плановой госпитализации пациента, прошедшего предварительное обследование в рамках той же МО, к оплате предъявляется комплексная медицинская услуга «1974» / «101974» - «Предварительное обследование пациентов, поступающих в федеральные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при плановой госпитализации».

Медицинская услуга «1974» / «101974» регистрируется в счете МО, подведомственных федеральным органам власти, за тот же отчетный период и на ту же дату, что и заверченный случай плановой госпитализации.

Медицинская услуга «1974» / «101974» оплачивается только в случае регистрации в подсистеме ПУМП АИС ОМС ссылки на выписной эпикриз соответствующей плановой госпитализации в ЕМИАС, а также в рамках установленных объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения по данной комплексной медицинской услуге.

В случаях поступления пациента в МО, подведомственные федеральным органам власти, по экстренному каналу госпитализации медицинская услуга «1974» / «101974» в состав счета не включается и оплате не подлежит.

2.3.9.18. Особенности учета медицинской помощи с использованием

телемедицинских технологий:

При выполнении описаний исследований по лучевой диагностике в дистанционном режиме с использованием телемедицинских технологий используются коды медицинских услуг «1601» / «801601» / «1669» / «1670» / «101669» / «101670» / «801669» / «801670» / «901669» / «901670».

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.02.2022 № 57н, а также во исполнение указа Мэра Москвы от 27.01.2022 № 6-УМ и на основании приказа Департамента здравоохранения города Москва от 27.01.2022 № 62 учет консультаций пациентов с диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 (диагноз основного заболевания «U07.1» или «U07.2»), а также пациентам с признаками или подтвержденным диагнозом острых респираторных вирусных инфекций (диагноз основного заболевания из рубрики «J02», «J04», «J06»), гриппа (диагноз основного заболевания из рубрики «J09»-«J11»), внебольничной пневмонии (диагноз основного заболевания из рубрики «J12»-«J18»), состояние которых позволяет наблюдаться на дому (при наличии возможности подтверждения диагноза ОРВИ, внебольничной пневмонии или гриппа по результатам консультации дистанционным способом, в том числе с применением телемедицинских технологий, аудиозвонка или видеозвонка с оформлением записи в медицинской документации), осуществляется:

- застрахованным лицам в возрасте 18 лет и старше - с использованием кода медицинской услуги «1610» / «801610» – «Консультация врача (фельдшера) дистанционным способом, в том числе с применением телемедицинских технологий»;
- застрахованным лицам в возрасте от 6 до 17 лет включительно - с использованием кода медицинской услуги «101610»/ «901610» – «Консультация врача (фельдшера) дистанционным способом, в том числе с применением телемедицинских технологий».

При проведении консультаций врачей-специалистов в дистанционном режиме с использованием телемедицинских технологий используются коды медицинских услуг «1620» - «1621», «1665» - «1668», «801620» - «801621», «801665» - «801668».

При проведении приемов врачей-специалистов в дистанционном режиме с использованием телемедицинских технологий используются коды медицинских услуг «1623» - «1664», «801623» - «801664».

2.3.9.19. Особенности учета медицинской помощи по профилям «онкология» и «гематология», оказываемой лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории другого субъекта Российской Федерации:

Консультация врача-онколога / врача-гематолога в консультативно-диагностических отделениях медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы (далее – КДО МО СП), а также амбулаторно-поликлинических подразделениях медицинских организаций иных форм собственности, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС города Москвы, лиц со злокачественным новообразованием (диагнозы по МКБ-10 раздела «С»



или рубрик «D00»-«D09», или «D45»-«D47»), застрахованных по ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации, подлежит оплате при наличии направления по форме 057/у-04, полученного по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования.

Если по результатам консультации врача-онколога / врача-гематолога пациенту требуется проведение дополнительных методов обследования и (или) проведение онкологического консилиума новое направление на консультацию (форма 057/у-04) не требуется. В счете медицинской организации указываются реквизиты первичного направления на консультацию врача-онколога / врача-гематолога, выданного медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС субъекта РФ, в котором зарегистрирован полис ОМС.

Лицам, застрахованным по ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации, лабораторные и инструментальные исследования без первичного осмотра врача-онколога / врача-гематолога оплате не подлежат.

Указанные нормы распространяются также на проведение онкологического консилиума.

2.3.9.20. Особенности учета медицинской помощи по профилю «онкология», оказываемой лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы:

Приемы врача-онколога (медицинские услуги с кодами «1191», «1192», «1193», «1195», «801191», «801192», «801193», «801195»), а также онкологические консилиумы (медицинские услуги с кодами «1781», «1782», «1783») подлежат оплате в случаях:

- при их оказании застрахованному лицу в медицинской организации, к которой данное застрахованное лицо прикреплено по профилю «онкология»;

- при их оказании застрахованному лицу в медицинской организации, к которой данное застрахованное лицо не прикреплено по профилю «онкология», при наличии направления от медицинской организации, к которой данное застрахованное лицо прикреплено по профилю «онкология»;

- при оказании медицинских услуг с кодами «1191», «1192», «1193», «1195», «801191», «801192», «801193», «801195» в отсутствии верифицированного диагноза ЗНО (код диагноза основного заболевания НЕ из раздела «С» или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»);

- при оказании медицинских услуг с кодами «1191», «1192», «1193», «1195», «801191», «801192», «801193», «801195», «1781», «1782», «1783» в медицинских организациях, НЕ подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, лицам, не имеющим прикрепления по профилю «онкология».

2.3.9.21. Особенности учета медицинской помощи по проведению патоморфологических исследований лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы:

Гистологические, иммуногистохимические, иммуноцитохимические и молекулярно-генетические исследования лицам со злокачественными новообразованиями (код диагноза основного заболевания из раздела «С» или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»), получающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, учитываются с использованием кодов медицинских услуг раздела 29 МГР. Оплата указанных медицинских услуг, за исключением услуг с кодами «29001» - «29003», осуществляется при их проведении в 6 медицинских организациях: ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ», ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, ГБУЗ «МГОБ № 62 ДЗМ», ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», при выполнении одного из следующих условий:

– медицинская услуга выполнена вне случая госпитализации, при наличии в хронологически более раннем периоде, составляющем 30 календарных дней, зарегистрированных для данного застрахованного лица медицинских услуг по забору биологического материала: «3069», «3103», «3104», «5034», «8044», «20003», «21004», «21012», «21022», «21027», «21033», «35410», «35411», «45406», «45409», «45410», «803069», «803103», «803104», «805034», «808044», «821004», «821012», «821022», «821027», «845406», «845409», «845410», «51157», «51203», «51354», «51355», «51454», «851454», «51551», «51552», «51651», «52006», «52118», «52360», «52404», «52407», «52408», «53207», «53361», «97159», «97160», «97161», «97162», «97163», «97164», «97165», или при наличии направления по форме 014/у от другой медицинской организации в соответствии с маршрутизацией материала, утвержденной приказом Департамента здравоохранения города Москвы №230.

– медицинская услуга оказана застрахованному лицу, получающему медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (при заборе биологического материала в период госпитализации и выполнении данной услуги в той же медицинской организации). При этом такая медицинская услуга подлежит оплате в случае проведения оперативного вмешательства в рамках данной госпитализации.

Оплата медицинской услуги с кодом «29005» осуществляется только при наличии кода диагноза основного заболевания из раздела «С» или рубрик «D00» - «D09», «D45» - «D47», указанного в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования.

При одномоментном указании в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования услуг «29005» и «29024», количество услуги «29024» не должно превышать количество услуги «29005».

При одномоментном указании в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования услуг «29005» и «29006», количество услуги «29006» не должно превышать количество услуги «29005».

При учете медицинских услуг по гистологическим, иммуногистохимическим, иммуноцитохимическим и молекулярно-генетическим исследованиям (раздел 29 МГР, независимо от диагноза основного заболевания) в подсистеме ПУМП АИС ОМС

регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол исследования).

2.3.9.22. Особенности формирования обращений при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»:

Обращения при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» (комплексные посещения) формируются по следующему принципу:

– одним обращением по медицинской реабилитации при оказании данного вида медицинской помощи взрослому населению является факт регистрации в счете медицинской услуги «1787» – «Комплексное посещение по медицинской реабилитации;

– одним обращением по медицинской реабилитации при оказании данного вида медицинской помощи детскому населению являются все медицинские услуги АПП, оказанные одному застрахованному лицу в одной медицинской организации в течение 45 календарных дней от даты первичного приема врача-терапевта (врача-педиатра), врача-онколога (врача-детского онколога), врача-пульмонолога, врача-кардиолога (врача-детского кардиолога), врача-травматолога-ортопеда, врача-невролога. При этом как услуга первичного приема, так и все остальные услуги должны иметь один диагноз основного заболевания с точностью до рубрики (по маске «XXX»). Минимальный состав обращения составляет: услуга первичного приема врача-специалиста + услуга первичного приема физиотерапевта или врача по спортивной медицине + услуги по проведению физиотерапии в количестве не менее 5 штук.

2.3.9.23. Особенности учета медицинской помощи при наличии подозрения на злокачественное новообразование:

При подозрении (наличии клинических, лабораторных и/или инструментальных данных, которые позволяют предположить наличие онкологического заболевания и/или не позволяют его исключить) у пациента онкологического заболевания, все медицинских услуг от приема / консультации врача-специалиста (в том числе, врача-терапевта / врача-педиатра / врача общей практики) или профилактического осмотра / диспансеризации при появлении подозрения на злокачественное новообразование до снятия подозрения на злокачественное новообразование врачом-онкологом / врачом-гематологом или верификации диагноза, включая диагностические медицинские услуги, в обязательном порядке маркируется значением признака «DS\_ONK» (Признак подозрения на злокачественное новообразование) = «1».

2.3.9.24. Особенности учета медицинской помощи при наличии признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента:

В случае наличия признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента в обязательном порядке указывается код особого случая реестра пациентов «Р» – «Наличие признаков совершения в отношении пациента противоправных действий».

2.3.9.25. Особенности учета медицинской помощи по поводу диспансерного наблюдения лица, страдающего хроническими заболеваниями:

Комплексное посещение по диспансерному наблюдению учитывается с использованием медицинских услуг раздела «4XX» МГР.

Выбор кода комплексной медицинской услуги осуществляется в зависимости от нумерации посещения врача-специалиста (1 посещение, 2 посещение и т.д.) и хронической патологии:

– Артериальная гипертония (АГ). Диагнозы по МКБ-10: I10, I11, I11.0, I11.9, I12, I12.0, I12.9, I13, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9, I15, I15.0, I15.1, I15.2, I15.8, I15.9;

– Гиперхолестеринемия (ГХС). Диагнозы по МКБ-10: E78, E78.0, E78.2;

– Язвенная болезнь (ЯБЖ). Диагнозы по МКБ-10: K25, K25.7, K25.9;

– Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК): K26, K26.7, K26.9;

– Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Диагнозы по МКБ-10: J44, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9;

– Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Диагнозы по МКБ-10: I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, G45, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46\*, G46.0\*, G46.1\*, G46.2\*, G46.3\*, G46.4\*, G46.5\*, G46.6\*, G46.7\*, G46.8\*;

– Последствия острого нарушения мозгового кровообращения (Последствия ОНМК). Диагнозы по МКБ-10: I69, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8;

– Мерцательная аритмия (МА). Диагнозы по МКБ-10: I48, I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9;

– Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Диагнозы по МКБ-10: I50, I50.0, I50.1, I50.9;

– Инфаркт миокарда (ОИМ). Диагнозы по МКБ-10: I20.0, I21, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24, I24.0, I24.8, I24.9, I25.8;

– Ишемическая болезнь сердца (стабильная стенокардия) (ИБС). Диагнозы по МКБ-10: I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.9;

– Сахарный диабет (СД2). Диагнозы по МКБ-10: E11, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9.

\* только в сочетании с кодами по МКБ-10: I60-I64.

2.3.10. Особенности учета и оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара:

2.3.10.1. Общие принципы учета:

Учет медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (входящего в структуру поликлиники или круглосуточного стационара), осуществляется с использованием кодов комплексных медицинских услуг, включенных в приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

Услуги дневного стационара, не учитываемые в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, включены в приложение № 11.1 к настоящему Тарифному соглашению.

Услуги дневного стационара, финансируемые за счет средств подушевого финансирования, приведены в приложении № 1.5.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Для учета медицинских услуг используется справочник «geesus» пакета НСИ АИС ОМС (коды медицинских услуг раздела «97» / «197» / «897» / «997» МГР).

Нарушение соотнесения кода заболевания, послужившего причиной госпитализации, коду медицинской услуги не допускается для:

– случаев проведения противоопухолевой лекарственной терапии, учитываемой медицинской услугой с кодом «97158»;

– случаев оказания ВМП (разделы «297» / «397» МГР).

По окончании лечения врач дневного стационара в «Статистической карте выбывшего из стационара» (ф. 066/у-02) производит запись о количестве дней, проведенных пациентом в дневном стационаре, указывает код дневного стационара, код основного заболевания по МКБ-10 и свой личный код.

2.3.10.2. Особенности учета медицинской помощи, оказываемой пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях дневного стационара:

При регистрации медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара пациентам, страдающим онкологическими заболеваниями (основной диагноз из раздела С или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»), с использованием медицинских услуг, «97004», «897004», «97014» – «97018», «97107», «97144» — «97158», «97166» – «97187», «197014» — «197016», «197020» – «197029», «197030» регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

В случаях назначения противоопухолевой химиотерапии сведения обо всех противоопухолевых препаратах, использованных при оказании медицинской помощи, вносятся в соответствующие поля автоматизированной информационной системы (подсистема ПУМП АИС ОМС), предназначенные для учета химиопрепаратов.

Учет лучевой терапии, проведенной в дневном стационаре, учитывается кодами медицинских услуг «97014» – «97018», «197014» – «197016».

В случаях назначения противоопухолевой терапии взрослым пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, а также пациентам с колоректальным раком или меланомой, лекарственными препаратами, включенными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «1», в дополнение к коду медицинской услуги, включенной в справочник «lr\_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «1» вносятся сведения об использованных при лечении опухолей данных локализаций противоопухолевых препаратах, включенных в приложение № 13 к настоящему Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов, превышающий 2 недели, один цикл введения учитывается как 1 законченный случай лечения. В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов менее 2 недель, 1 законченный случай лечения формируется из трех циклов введения химиопрепаратов.

В случае необходимости организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях дневного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «97» / «197» / «897» МГР используются коды: «36022» / «136022» «Имплантация порт-системы с уходом в период ее эксплуатации», «36023» / «136023» «Установка периферического имплантируемого центрального венозного катетера», «36024» / «136024» «Удаление порт-системы».

В случае проведения онкологического консилиума детям с онкологическими заболеваниями в условиях дневного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «197» МГР используется код «101781» - «онкологический консилиум».

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам со злокачественными новообразованиями (основной диагноз из раздела С или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»), застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, с использованием медицинских услуг: «97004», «897004», «97014» – «97018», «97107», «97144» — «97158», «97166» – «97187» осуществляется при наличии у такого застрахованного лица прикрепления по профилю «онкология» к данной медицинской организации. В случае, если застрахованному лицу необходимо оказание указанных выше медицинских услуг в иной медицинской организации, оплата оказанной медицинской помощи осуществляется при наличии направления, выданного медицинской организацией, к которой застрахованное лицо имеет прикрепление по профилю «онкология».

Случаи проведения лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, химиотерапевтического лечения или лучевой терапии, а также их сочетаний подлежат оплате только при наличии ранее проведенного онкологического консилиума на котором была определена тактика лечения.

2.3.10.3. Особенности учета медицинской помощи, оказываемой в эндоскопических центрах и эндоскопических отделениях ЦАОП:

При оказании медицинской помощи в эндоскопических центрах используются коды медицинских услуг «97028», «97029», «97159» – «97164», «197159» - «197162», «197164».

Оплата медицинской помощи, оказанной в эндоскопических центрах, осуществляется при наличии оформленного направления.

Медицинские услуги «97028», «97029», «97159» – «97164», «197159» - «197162», «197164» оказываются в эндоскопических центрах в течение одного дня.

2.3.10.4. Особенности учета медицинской помощи, оказываемой в дневном стационаре при родильном доме:

При проведении глюкозотолерантного теста используется код медицинской услуги «97005».

Медицинская услуга «97005» оказывается в дневном стационаре при родильном доме в течение одного дня.

2.3.10.5. Особенности учета медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»:

При проведении медицинской реабилитации в условиях дневного стационара в целях учета используются коды комплексных медицинских услуг «97193», «97194», «97195».

При проведении медицинской реабилитации детского населения используются коды комплексных медицинских услуг раздела «197» / «997» МГР, которые маркируются значением признака реабилитации (поле «REAB») = «1» или кодом законченного случая госпитализации (поле «TIP») = «R», или кодом особого случая счета (поле «D\_TYPE») = «R», или регистрируются в отделении дневного стационара с профилем «158» (4-6 символы поля «IOTD»).

2.3.10.6. Особенности учета медицинской помощи при наличии признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента:

В случае наличия признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента в обязательном порядке указывается код особого случая реестра пациентов «P» – «Наличие признаков совершения в отношении пациента противоправных действий».

2.3.10.7. Особенности учета медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении:

При регистрации услуги «97041» (Лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения в дневном стационаре) параметры «K\_U» и «KD\_FACT» указываются равным «1».

При выполнении пациентке процедуры экстракорпорального оплодотворения в счете указывается уникальный шифр, сгенерированный в подсистеме КУ «ЭКО».

При вводе информации в автоматизированную систему учета (число дней, проведенных пациентом в дневном стационаре) не подлежат отдельному учету медицинские услуги (процедуры и манипуляции), оказанные пациенту в период лечения по данному заболеванию.

2.3.10.8. Особенности учета медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»:

Учет случаев оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» ведется:

– случаи оказания медицинской помощи беременным женщинам учитываются медицинской услугой «97189» – «Дневной стационар акушерского профиля (беременные)»;

– случаи оказания медицинской помощи родильницам учитываются медицинской услугой «97190» – «Дневной стационар акушерского профиля (родильницы)»;

– случаи оказания медицинской помощи по лечению, обследованию, наблюдению пациенток (за исключением беременных и рожениц) учитываются медицинской услугой «97191» – «Лечение/обследование/наблюдение пациенток гинекологического профиля в условиях дневного стационара»;

– случаи прерывания беременности медикаментозным способом учитываются медицинской услугой «97192» – «Дневной стационар акушерского профиля (прерывание беременности медикаментозным способом)».

2.4. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи по профилю «стоматология», оказанной в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС:

2.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, приведен в приложении № 1.4.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по профилю «стоматология» за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в приложении № 1.4.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.3. Особенности учета и оплаты стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях:

Учет стоматологической помощи, оказанной детям в амбулаторных условиях с применением анестезиологического пособия, осуществляется:

– ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы»,

– ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы»,

– ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»

с применением кодов раздела «109» / «909» МГР (для учета медицинской помощи, оказанной врачом-стоматологом) и услуг 146 раздела МГР (для учета медицинской помощи, оказанной врачом анестезиологом-реаниматологом), а также с применением медицинской услуги «109634» (санация полости рта) при условии соблюдения требований приказа Департамента здравоохранения города Москвы



от 08.09.2021 № 855 «Об утверждении Регламента оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями в городе Москве». Услуги 146 раздела МГР, оказанные указанными медицинскими организациями, оплачиваются вне системы горизонтальных расчетов. Медицинская услуга «109634» оплачивается только при ее оказании в указанных медицинских организациях. Оплата ее осуществляется за единицу объема по установленному тарифу (вне системы подушевого финансирования и горизонтальных расчетов).

2.4.4. При оказании плановой помощи, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, в амбулаторных условиях по профилю «стоматология» оплата медицинской помощи за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) производится при наличии направления выбранной медицинской организации.

2.5. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, осуществляющих деятельность на территориях города Москвы с низкой плотностью населения приведен в приложении № 1.6 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6. Перечень медицинских организаций, осуществляющих проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования, приведен в приложении № 1.7 к настоящему Тарифному соглашению.

2.7. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС:

2.7.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.7.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования, приведен в приложении № 2.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.7.3. Особенности учета и оплаты медицинской помощи в круглосуточном стационаре:

2.7.3.1. Общие принципы учета:

Учет медицинской помощи, оказанной в структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих коечный фонд (круглосуточный стационар), осуществляется с использованием кодов комплексных медицинских услуг, включенных в разделы МГР, указанных в приложениях № 12.1 и № 12.1.1 к настоящему Тарифному соглашению. Для учета кодов услуг используется справочник «reesms» пакета НСИ АИС ОМС.

Коды МГР, используемые для учета медицинской помощи, должны соответствовать профилю медицинской помощи, оказанной пациенту в рамках действующей лицензии. Профиль отделения, профиль койки, специальность лечащего врача, специальность врача, выполнившего оперативное вмешательство и др. должны соответствовать порядкам оказания медицинской помощи и иным нормативным актам, утвержденным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Информация о соответствии кода медицинской услуги, профиля койки и специальности исполнителя медицинской услуги представлена в справочнике «profms» пакета НСИ АИС ОМС.

Информация по соотнесению диагнозов заболеваний (по МКБ-10) и кодов медицинских услуг также представлена в справочнике «profms» пакета НСИ АИС ОМС.

При отсутствии в справочнике «profms» пакета НСИ АИС ОМС данных по соотнесению кода заболевания, послужившего причиной госпитализации, коду медицинской услуги решение о выборе кода медицинских услуг, планируемого использовать при учете оказанной медицинской помощи принимается врачебной комиссией медицинской организации с обязательным представлением протокола по установленной форме. При формировании счета указывается код «особый случай реестра счетов», равный «1».

Нарушение соотнесения кода заболевания, послужившего причиной госпитализации, коду медицинской услуги не допускается для:

- случаев проведения противоопухолевой лекарственной терапии, учитываемой медицинской услугой с кодом «81094»;
- случаев оказания ВМП (разделы «200» / «300» МГР);
- случаев применения комплексных медицинских услуг, приведенных в приложении № 12.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

При выбытии пациента из отделения указывается код законченного (прерванного) случая.

Допускается использование кода законченного случая госпитализации «0» с услугой «66212» в случае смерти пациента.

Медицинские услуги, приведенные в приложении № 12.1.1 к настоящему Тарифному соглашению подлежат использованию в перечне медицинских организаций в соответствии со справочником «srncso» пакета НСИ АИС ОМС.

Диагноз, установленный по окончании стационарного лечения, указывается в выписном эпикризе и включается в счет на пациента.

Профиль медицинской помощи для госпитализации пациента, в процессе которой оказано более одного медицинского стандарта, определяется по профилю медицинского стандарта, имеющего код законченного или прерванного случая госпитализации, за исключением внутреннего перевода (код прерванного случая «7»).

При получении после выписки пациента результатов исследований (гистологического, цитологического и др.), назначенных пациенту в период лечения в стационаре, свидетельствующих о наличии у пациента заболевания, не диагностированного ранее (например, злокачественного новообразования), сведения о наличии данного заболевания доводятся до пациента, а при невозможности – до медицинской организации по месту его прикрепления (включая медицинские организации других субъектов Российской Федерации); в истории болезни пациента сохраняются копии исследований, указывается дата направления результатов в поликлинику прикрепления или дата передачи результатов исследований пациенту.

В случаях когда по результатам исследований требуется повторная госпитализация в медицинскую организацию, из которой пациент выписан, пациенту должно быть оформлено направление с указанием даты повторной госпитализации. Копия направления остается в истории болезни.

При учете медицинской помощи с использованием кодов комплексных медицинских услуг, приведенных в справочнике «gesms» пакета НСИ АИС ОМС, а также случаев краткосрочной реанимации, учитываемой кодами комплексных медицинских услуг «56029» / «156003», в медицинских организациях частной системы здравоохранения и медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

#### 2.7.3.2. Особенности регистрации услуг по лучевой терапии:

При учете медицинских услуг по лучевой терапии в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол).

#### 2.7.3.3. Особенности учета медицинской помощи при наличии признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента:

В случае наличия признаков совершения противоправных действий третьими лицами в отношении пациента в обязательном порядке указывается код особого случая реестра пациентов «Р» – «Наличие признаков совершения в отношении пациента противоправных действий».

#### 2.7.3.4. Учет перевода пациента внутри медицинской организации:

При переводе пациента по медицинским показаниям из отделения одного профиля в отделение другого профиля (за исключением отделения реанимации и интенсивной терапии) в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) допускается учет медицинской помощи по каждому профильному отделению больницы.

В случае неподтверждения направительного либо предварительного диагноза и выявления в период госпитализации заболевания, относящегося к другому профилю, с последующим переводом пациента в клиническое отделение данной медицинской организации, соответствующее профилю выявленного заболевания, весь период

госпитализации учитывается кодом медицинской услуги, соответствующей окончательному диагнозу.

При переводе пациента в счете указывается дата перевода, количество койко-дней, проведенных пациентом в данном отделении и код прерванного случая «7».

В случае перевода пациента в другое отделение данной медицинской организации с оплатой последующего этапа лечения из других источников финансирования (например, в отделение паллиативной медицинской помощи), в том числе из реанимационного отделения, применяется код прерванного случая «9». Данное правило не применяется при учете высокотехнологичной медицинской помощи.

Если в период одной госпитализации пациент неоднократно поступает в одно и то же отделение (кроме отделения реанимации и интенсивной терапии), медицинская помощь в данном отделении учитывается однократно с использованием только одного кода медицинской услуги по основному заболеванию.

2.7.3.5. Особенности учета медицинской помощи на уровне приемного отделения:

Медицинская помощь, оказанная пациенту без последующей госпитализации в профильное отделение или на диагностическую койку приемного отделения, учитывается с включением в счет отдельных простых медицинских услуг. Учету подлежат услуги, оказанные пациентам, как сотрудниками приемного отделения, так и сотрудниками других структурных подразделений медицинской организации в период – от поступления пациентов в приемное отделение до их выписки.

Медицинская помощь, оказанная пациенту на диагностической койке приемного отделения, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «84» / «184» МГР. Дополнительный учет простых и сложных медицинских услуг одновременно с кодами раздела «84» / «184» МГР не осуществляется. Факт оказания медицинской помощи должен быть подтвержден записями в первичной медицинской документации, включающими запись о госпитализации пациента на диагностическую койку с указанием цели госпитализации, а также записями о первичном и повторных осмотрах пациента.

Медицинская помощь, оказанная пациенту в Скорпомощных стационарных комплексах (далее – ССК), открытых на базе ГБУЗ «НИИ СП ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО ДЗМ» (2269), ГБУЗ «ГКБ ИМ. В.В. ВЕРЕСАЕВА (1933), ГБУЗ «ГКБ № 15 ИМ. О.М. ФИЛАТОВА ДЗМ» (1928) учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «95» МГР.

Оплата медицинских услуг раздела «95» МГР осуществляется только в случае доставки пациента в ССК бригадами скорой медицинской помощи.

Оплата медицинских услуг раздела «95» МГР осуществляется по диагнозу, установленному при поступлении пациента.

Оказание медицинских услуг раздела «95» МГР осуществляется на протяжении не более 24 часов (+- 1 или 2 часа).

При оказании пациенту неотложной медпомощи в ССК или приемном отделении с использованием кодов медицинских услуг разделов «84» / «184» / «95» МГР регистрация в одном случае оказания медицинской помощи в приемном отделении других медицинских услуг, кроме:

кодов «56029» / «156003» в реанимационном отделении стационара (4-6 позиции фасетного кода отделения Iotd= «005», «167») с параметром счета <d\_type> = «5» (<tip> не указывается)) при летальном исходе реанимации менее 12 часов;

услуг по проведению аутопсии, учитываемых кодами медицинских услуг разделов «59» / «159» МГР.

В случае последующей госпитализации пациента в клиническое отделение данной медицинской организации услуги, оказанные пациенту на уровне приемного отделения, в том числе на диагностической койке или в ССК, в счет не включаются.

Медицинская помощь, оказанная пациенту в ССК, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «95» МГР. Факт оказания медицинской помощи должен быть подтвержден записями в первичной медицинской документации.

Не допускается предъявление к оплате медицинской помощи, оказанной по поводу заболеваний (состояний), не включенных в базовую (Территориальную) программу обязательного медицинского страхования (например, алкогольное опьянение).

2.7.3.6. Особенности учета медицинской помощи в отделениях реанимации и интенсивной терапии, блоках и палатах интенсивной терапии:

Период нахождения пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии, блоках и палатах интенсивной терапии учитывается кодами медицинских услуг разделов «83» / «183» МГР.

Для блоков и палат интенсивной терапии, созданных на базе других отделений (кардиологического, неврологического и др.), обязательным условием является оказание медицинской помощи врачом анестезиологом-реаниматологом.

Медицинская помощь, оказанная взрослому населению в отделении реанимации и интенсивной терапии, учитывается и оплачивается по койко-дням в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.11.2003 № 545 (день поступления и день выбытия пациента считаются одним койко-днем).

Учет первого койко-дня допускается при нахождении пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии 12 и более часов.

Медицинская помощь, оказанная детскому населению, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «183» МГР, оплата производится по числу койко-дней, проведенных пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Учет медицинской помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов осуществляется в следующем порядке:

- в случае смерти пациента используются коды медицинских услуг «56029» (сердечно-легочно-мозговая реанимация) и «156003» (сердечно-легочная реанимация) и кодом особого случая «5»,

- в случае перевода пациента в другую медицинскую организацию (другое юридическое лицо) используются коды медицинских услуг «56029» (сердечно-легочно-мозговая реанимация) и «156003» (сердечно-легочная реанимация) и кодом особого случая «3».

В остальных случаях пребывание пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов учитывается как пребывание в профильном отделении.

В случае применения в период лечения пациентов методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиализация, плазмаферез и др.), экстракорпоральной мембранной оксигенации и оперативных вмешательств данные услуги предъявляются к оплате одновременно с кодом основной комплексной медицинской услуги разделов «83» / «183» МГР (либо услуг «56029» / «156003»).

Дополнительно на вкладке форма 066/у в системе подсистеме ПУМП АИС ОМС указываются отдельные показатели состояния пациента по шкале SOFA. При наличии в медицинской карте стационарного больного нескольких значений мониторируемых параметров в системе регистрируются все результаты измерений.

2.7.3.7. Особенности учета медицинской помощи в отделениях хирургического профиля:

Тариф законченного случая медицинской помощи, оказанной в отделении хирургического профиля, перечень которых утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.1999 № 28, включает проведение пациенту необходимых оперативных вмешательств.

Случаи госпитализаций, учтенные с использованием соответствующих кодов медицинских услуг, в процессе которых не было выполнено оперативное вмешательство, являющееся обязательным в соответствии с технологической картой или медицинская манипуляция, являющаяся обязательным в соответствии с технологической картой, не могут считаться законченными и учитываются кодом прерванного случая госпитализации «9».

Сведения об оперативном вмешательстве или медицинской манипуляции, проведенной пациенту, учитываются в подсистеме ПУМП АИС ОМС с использованием Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении Номенклатуры медицинских услуг».

В случае, когда помимо оперативного вмешательства или медицинской манипуляции по поводу основного заболевания, предъявленного к оплате, пациенту

в период одной госпитализации проводятся иные оперативные вмешательства по поводу сопутствующих и (или) конкурентных заболеваний, учет данных вмешательств осуществляется по правилам, изложенным в пункте 2.7.3.16.

2.7.3.8. Особенности учета медицинской помощи при онкологических заболеваниях:

Медицинская помощь, оказанная пациентам по поводу онкологических заболеваний методом лучевой терапии, учитывается кодами медицинских услуг разделов «80» / «180» МГР.

Медицинская помощь, оказанная пациентам по поводу онкологических заболеваний методом химиотерапевтического лечения, учитывается кодами медицинских услуг раздела «81» МГР и отдельными кодами медицинских услуг раздела «190» МГР.

В случаях назначения противоопухолевой терапии взрослым пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, а также пациентам с колоректальным раком или меланомой, лекарственными препаратами, включенными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «1», в дополнение к коду медицинской услуги, включенной в справочник «lr\_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «1» вносятся сведения об использованных при лечении опухолей данных локализаций противоопухолевых препаратах, включенных в приложение № 13 к настоящему Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

В случаях когда схема химиотерапевтического лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов, превышающий 2 недели, один цикл введения учитывается как 1 законченный случай лечения. В случаях когда схема химиотерапевтического лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов менее 2 недель, 1 законченный случай лечения формируется из трех циклов введения химиопрепаратов.

В случаях назначения противоопухолевой терапии взрослым пациентам с саркомами, лекарственными препаратами, включенными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «3», в дополнение к коду медицинской услуги, включенной в справочник «lr\_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «3» вносятся сведения об использованных при лечении опухолей данной группы противоопухолевых препаратах, включенных в приложение № 13.2 к настоящему Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

В случае необходимости организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями в дополнение к кодам комплексных медицинских услуг раздела «81» МГР и

отдельными кодами комплексных медицинских услуг раздела «190» МГР используются коды: «36022» / «136022» «Имплантация порт-системы», «36023» / «136023» «Установка периферического имплантируемого центрального венозного катетера», «36024» / «136024» «Удаление порт-системы». В случае проведения онкологического консилиума детям с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «190» МГР используется код «101781» - «онкологический консилиум».

Госпитализация в отделение онкологического профиля с целью выполнения оперативного вмешательства, а также проведения комбинированного и комплексного (лучевая и лекарственная терапия) лечения учитывается кодами медицинских услуг раздела «90» МГР с учетом требований к использованию кодов законченного (прерванного) случая госпитализации.

Медицинская помощь, оказанная детям по поводу онкологических заболеваний, учитывается кодами медицинских услуг раздела «190» МГР с учетом требований к использованию кодов законченного (прерванного) случая госпитализации.

Для учета медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями в отделениях неонкологического профиля используются коды медицинских услуг других разделов в зависимости от профиля койки и локализации онкологической патологии (хирургия, терапия и др.).

Код комплексной медицинской услуги должен соответствовать локализации опухолевого процесса, послужившей причиной данной госпитализации (например, госпитализация пациента с целью хирургического лечения метастатического поражения легких независимо от локализации первичного опухолевого очага учитывается кодом «90160»).

Сведения о противоопухолевых лекарственных препаратах, применяемых при проведении химиотерапии, указываются в учетной форме 066/у-02 подсистеме ПУМП АИС ОМС. При этом лекарственные препараты, не подлежащие дополнительной оплате, маркируются кодом источника финансирования (TIP\_OPL), отличным от значения «1» (ОМС).

При выписке пациента с онкологическим заболеванием оформляется соответствующая выписка. Наличие Выписки и полнота ее заполнения не должны проверяться при корректном заполнении реестров счетов и другой первичной учетной документации (в соответствии с совместным письмом Минздрава № 17-0/623 и ФОМС № 10670/30/и от 28.08.2018).

При регистрации в подсистеме ПУМП АИС ОМС медицинских услуг разделов «80» / «180», «81», «90» / «190» МГР указывается ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам со злокачественными новообразованиями (основной диагноз из раздела С или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»), застрахованным по обязательному медицинскому страхованию



на территории города Москвы, с использованием медицинских услуг разделов «80», «81», «90» МГР осуществляется при наличии у такого застрахованного лица прикрепления по профилю «онкология» к данной медицинской организации. В случае, если застрахованному лицу необходимо оказание указанных выше медицинских услуг в иной медицинской организации, оплата оказанной медицинской помощи осуществляется при наличии направления, выданного медицинской организацией, к которой застрахованное лицо имеет прикрепление по профилю «онкология».

Случаи проведения лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, химиотерапевтического или хирургического лечения, лучевой терапии, а также их сочетаний подлежат оплате только при наличии ранее проведенного онкологического консилиума, на котором была определена тактика лечения.

В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения или лучевой терапии предусматривает интервал между циклами, повторное направление на госпитализацию для прохождения очередного курса / цикла не требуется. В счете медицинской организации указываются реквизиты первичного направления на госпитализацию.

2.7.3.9. Особенности учета медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения, острым нарушением спинального кровообращения, черепно-мозговой и спинальной травмой:

Организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь данной категории пациентов, проводят оценку состояния пациентов по Шкале медицинской реабилитации для определения возможности дальнейшего оказания медицинской помощи в стационарных условиях и переводом на 2 этап медицинской реабилитации. Данные вносятся в выписной эпикриз и указываются в подсистеме ПУМП АИС ОМС на вкладке «форма 066/у».

Медицинские организации, проводившие медицинскую реабилитацию пациента (2 этап), в день выписки из стационара повторно осуществляют оценку по Шкале медицинской реабилитации. Полученные данные также заносятся в выписной эпикриз и подсистему ПУМП АИС ОМС.

2.7.3.10. Особенности учета медицинской помощи, оказанной акушерскими отделениями:

Медицинская помощь при родовспоможении и в послеродовом периоде учитывается с использованием кодов медицинских услуг «76912» - «76914» (включая наблюдательные и боксированные палаты).

При родоразрешении (комплексная медицинская услуга «76912») создается персона новорожденного, в счете на которого регистрируется медицинская услуга «101740» – «Первая консультация неонатолога».

При отсутствии счета на новорожденного с медицинской услугой «101740» – «Первая консультация неонатолога» комплексная медицинская услуга «76912» может быть оплачена только за прерванный случай госпитализации.

#### 2.7.3.11. Особенности учета медицинской помощи, оказанной новорожденным:

Медицинская помощь, оказанная новорожденным (не старше одного года на дату госпитализации) врачом-неонатологом в соответствующих профильных (специализированных) педиатрических отделениях в составе городских больниц и в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей учитывается с использованием кодов услуг раздела «187» – «Болезни перинатального периода» МГР.

2.7.3.12. Совместное пребывание с ребенком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя:

Случаи совместного нахождения с ребенком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя учитываются с использованием кодов медицинских услуг разделов «161» - «192» МГР, имеющих в наименовании указание на использование их при совместном пребывании с ребенком указанного лица. Факт совместного с ребенком пребывания сопровождающего лица подтверждается записями в первичной медицинской документации.

Учет услуги о совместном пребывании сопровождающего лица с ребенком 4 лет и старше осуществляется при наличии протокола Врачебной комиссии медицинской организации, в котором приводится основание для совместного нахождения с ребенком сопровождающего лица, например, наличие медицинских показаний.

Использование в детских больницах кодов медицинских услуг, предназначенных для учета медицинской помощи, оказанной взрослому населению, для получения финансовых средств за оплату пребывания сопровождающего лица, не допускается.

#### 2.7.3.13. Особенности учета патологоанатомических исследований умерших:

Патолого-анатомические вскрытия (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и/или состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, подлежат отдельному учету и кодируются кодами услуг раздела «59» / «159» МГР (приведены в приложении № 12.2 к настоящему Тарифному соглашению).

2.7.3.14. Особенности учета медицинской помощи, связанной с трансплантацией органов и тканей человека:

Учет медицинской помощи, связанной с трансплантацией органов и тканей человека, осуществляется при подготовке пациента к трансплантации, при дисфункции и отторжении трансплантированных органов, а также при проведении планового обследования пациентов с трансплантированными органами.

2.7.3.15. Особенности учета медицинской помощи, оказанной в других отделениях:

Для учета медицинской помощи, оказанной в отделениях медицинской реабилитации стационаров, используются коды медицинских услуг раздела «91» МГР.

При невозможности подбора кода комплексной медицинской услуги для учета случая медицинской реабилитации возможно использование кодов медицинских услуг раздела «99» МГР.

Госпитализация в отделение медицинской реабилитации после стационарного лечения в профильном отделении повторной госпитализацией не считается.

Учет медицинской реабилитации детей с нарушением слуха после слухопротезирования, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «191» МГР.

При учете медицинской реабилитации в счете в обязательном порядке регистрируется код законченного случая лечения «R» («TIP» = «R») или код особого случая реестра счетов «R» («D\_TYPE» = «R»), а также указывается значение признака «REAB» = «1».

Регистрация случаев медицинской реабилитации в медицинских организациях, подведомственных уполномоченному Правительством Москвы органу исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения, допускается:

Профиль койки	Медицинская организация
Реабилитационные для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств	ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»
Реабилитационные для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

Оплата медицинской помощи, оказанной в АНО «Реабилитационный Центр - Санаторий «Дудино» производится только в следующих случаях:

при направлении пациентов - жителей города Москвы Координационным центром медицинской реабилитации Департамента здравоохранения города Москвы или амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями (амбулаторно-поликлиническими подразделениями медицинской организации) государственной системы здравоохранения города Москвы;

при наличии направления (форма № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию») из амбулаторно-поликлинической медицинской организации (амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации) государственной системы здравоохранения города Москвы по месту прикрепления пациента.

Учет медицинской помощи в психосоматических отделениях осуществляется с использованием кодов услуг и кодов МКБ-10, соответствующих соматическому заболеванию. В разделе «сведения об исполнителе услуги» указываются сведения о враче профильной соматической специальности, осуществлявшем лечение соматического заболевания. Указание данных врача-психиатра недопустимо.

При выявлении в процессе госпитализации заболеваний, относящихся к особо опасным инфекциям; заболеваний, передаваемых половым путем, вирусом иммунодефицита человека; синдрома приобретенного иммунодефицита; туберкулеза; психических расстройств и расстройств поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, пациент подлежит переводу в специализированную медицинскую организацию.

В этих случаях медицинская помощь учитывается по направлятельному диагнозу при поступлении больного с использованием кода прерывания «3».

Для отдельных видов медицинской помощи и медицинских организаций медицинская помощь подлежит оплате при наличии направления на госпитализацию (формы 057/у):

медицинская реабилитация (АО Группа компаний МЕДСИ LPU\_ID = 4749, коды услуг «91030», «91032», «91034», «91036», «91038», «91040», «91042», «91044», «91046», «91048», «91050», «91052», «191030», «191034»);

офтальмология (АО «Медицина», LPU\_ID = 2318, коды услуг «67006», «200374», «200381»);

травматология и ортопедия (АО «Медицина», LPU\_ID = 2318, АО Группа компаний МЕДСИ LPU\_ID = 4749, ООО «ХАВЕН» LPU\_ID = 4889, АО «МД ПРОЕКТ 2000» LPU\_ID = 4901, код услуги «79015»).

#### 2.7.3.16. Учет сопутствующих медицинских услуг:

Одновременно с кодом основной комплексной медицинской услуги, включенной в справочник «reesms» пакета НСИ АИС ОМС, в форме Ф066 подсистемы ПУМП АИС ОМС учитываются отдельные медицинские услуги, включенные в приложение № 12.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Для учета дополнительных услуг допускается использование следующих кодов:

1) проведение пациенту методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиафильтрация, плазмаферез и др.) и перитонеального диализа при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующим кодом «49» раздела МГР, у детей кодом «149» раздела МГР

дополнительно к коду основной медицинской услуги. При проведении программного гемодиализа пациентам, доставленным из другой медицинской организации, в которой отсутствует техническая возможность его проведения, используются коды медицинских услуг «97010» / «197010».

2) применение в период оказания медицинской помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии метода экстракорпоральной мембранной оксигенации – учитывается кодами медицинских услуг «49011» – «49013» / «149011» – «149013»;

3) оперативные вмешательства, выполненные сверх комплексной медицинской услуги, предъявленной к оплате, учитывается кодом соответствующей медицинской услуги «51» / «151» – «55» / «155» разделов МГР.

Основным требованием является отсутствие связи между предъявляемым к оплате оперативным вмешательством и какой-либо из основных комплексных медицинских услуг, предъявленных к оплате данного случая госпитализации (например, будет являться ошибкой одновременное предъявление к оплате услуг «53368» – «Аппендэктомия при остром аппендиците без перитонита» и «72120» – «Острый аппендицит неосложненный»).

При формировании счета, включающего иные оперативные вмешательства, оформляется протокол врачебной комиссии (приложение 2), указывается код «особый случай в счете на пациента», соответствующий «S».

4) выполнение гистологических, иммуногистохимических, иммуноцитохимических и молекулярно-генетических исследований, пациентам, получающим медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (при заборе биологического материала в период госпитализации), учитываются кодами соответствующих медицинских услуг раздела «29» / «129» МГР.

5) радиоизотопные методы исследования, выполненные в период оказания медицинской помощи в стационарных условиях в ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», учитываются кодами «138» раздела МГР.

6) в случае необходимости организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара используются коды: «36022» / «136022» – «Имплантация порт-системы с уходом в период ее эксплуатации», «36023» / «136023» – «Установка периферического имплантируемого центрального венозного катетера», «36024» / «136024» – «Удаление порт-системы».

7) при родоразрешении (комплексная медицинская услуга «76912») дополнительно к основной комплексной медицинской услуге в счете регистрируется медицинская услуга «101740» – «Первая консультация неонатолога».

8) при родоразрешении (комплексная медицинская услуга «76912») в случае наличия показаний к аутогемотрансфузии дополнительно к основной комплексной медицинской услуге в счете регистрируется медицинская услуга «46033».

9) в случае проведения онкологического консилиума детям с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «190» МГР используется код «101781» - «онкологический консилиум».

10) в случае проведения исследования по выявлению генов резистентности к гликопептидным и бета-лактамам антибиотикам у бактерий методом ПЦР дополнительно к основной комплексной медицинской услуге в счете регистрируется медицинская услуга «28215» или «128215».

Коды медицинских услуг, включенные в приложение № 12.2 и не указанные в настоящем разделе, предназначены для технических целей; для учета медицинской помощи в целях оплаты сопутствующих медицинских услуг не используются.

2.7.3.17. Особенности учета медицинской помощи, оказанной лицам, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС:

Медицинская помощь, оказанная (в том числе на уровне приемного отделения) лицам, не идентифицированным и не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, принимается к оплате по медицинским услугам и кодам МКБ - 10, соответствующим медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям. Перечень кодов МКБ-10 в сочетании с кодами медицинских услуг и дополнительными критериями, соответствующих медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям, размещены в справочнике «msmkbe» пакета НСИ АИС ОМС.

При оказании медицинской помощи на уровне приемного отделения без последующей госпитализации, в счете указывается услуга «1701» – «1780» / «101701» – «101763» (при ее наличии в справочнике «uslext» пакета НСИ АИС ОМС) (консультация врача соответствующей специальности) и услуги дополнительного обследования и лечения либо услуга раздела «84» / «184» (при оказании медицинской помощи на диагностической койке приемного отделения) МГР

2.7.3.18. Особенности учета медицинской помощи в ведомственных медицинских организациях:

Оплата медицинской помощи, оказанной в структурных подразделениях ведомственных медицинских организаций, перечисленных в справочнике «sprved» пакета НСИ АИС ОМС производится только в следующих случаях:

наличия направления пациента от амбулаторно поликлинической медицинской организации или амбулаторно-поликлинического подразделения медицинской организации, подведомственной Департаменту здравоохранения города Москвы;

наличия направления пациента от амбулаторно поликлинической медицинской организации или амбулаторно-поликлинического подразделения медицинской организации, находящейся в подчинении того же ведомства, при условии прикрепления пациента к направившей медицинской организации.

2.7.3.19. Особенности учета госпитализации пациентов с COVID-19, в медицинских организациях, включенных в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС:

Использование медицинских услуг «61440», «161440», «161441» допускается в медицинских организациях, включенных в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG\_1» и не позже даты, указанной в параметре «DATEEND\_1».

Использование медицинских услуг «61410», «161410», «161411» допускается в медицинских организациях, включенных в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «DOL» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG\_5» и не позже даты, указанной в параметре «DATEEND\_5».

Медицинские услуги «61410», «161410», «161411» могут использоваться только для учета случаев долечивания пациентов, переведенных из стационаров, включенных в перечень медицинских организаций в соответствии со справочником пакета «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1», в которых проходили лечение по одной из медицинских услуг: «61440», «161440», «161441».

В случаях летальных исходов при оказании медицинских услуг с кодами: «61440», «161440», «161441» оплата осуществляется по полному тарифу. Для кодирования таких случаев применяется код законченного случая госпитализации «0» с указанием кода особого случая счета «5».

При учете случаев заболевания COVID-19, подтвержденных результатами лабораторной диагностики, диагноз основного заболевания во всех случаях должен указываться как «U07.1». При учете случаев заболевания COVID-19, диагностированных клинически (на основании результатов КТ), но не подтвержденных результатами лабораторной диагностики, диагноз основного заболевания во всех случаях должен указываться как «U07.2». Диагнозы осложнений основного заболевания (например, пневмония) или сопутствующих состояний указываются в соответствующих параметрах счета «диагноз осложнения заболевания» и «диагноз сопутствующего заболевания».

Оплата медицинских услуг «61440», «161440», «161441» производится только в случае госпитализации пациента по экстренным показаниям (код канала госпитализации (ORD) «2») при указании девятизначного номера наряда бригады СМП, а также в случае госпитализации пациентов, доставленных службой СМП Московской области. Также, оплата медицинских услуг «61440», «161440», «161441» осуществляется в случае внутреннего перевода пациента, госпитализированного в плановом порядке, которому ранее оказана одна из медицинских услуг «61420», «161420», «161421».

Учет случаев проведения диагностики COVID-19 пациентам, госпитализированным в плановом порядке, ведется с использованием кодов

медицинских услуг «61420», «161420», «161421». Указанные медицинские услуги регистрируются в счете только при положительном результате диагностики COVID-19 с дальнейшим переводом пациента в специализированную медицинскую организацию (включенную в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1»), специализированное отделение данной медицинской организации (в случае наличия МО в справочнике «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1») или выписки пациента для прохождения лечения на дому.

Оплата медицинских услуг «61420», «161420», «161421» осуществляется по тарифу на законченный случай лечения в случаях:

- выписки пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 для прохождения лечения на дому (код законченного случая госпитализации «0»);

- перевода пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 в специализированное отделение в рамках одной МО (код прерванного случая «7», а также регистрация на тот же номер истории болезни одной из медицинских услуг «61440», «161440», «161441»). Возможно только для МО, включенных в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1»;

- перевода пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 в специализированную МО, включенную в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «nCoV» = «1» или «PNV» = «1» (код законченного случая госпитализации «0» в сочетании с кодом особого случая «3»).

В случаях отрицательного результата диагностики COVID-19 отдельный учет медицинской помощи с использованием кодов медицинских услуг «61420», «161420», «161421» не производится. Медицинская помощь, оказанная в данном случае пациенту, учитывается с использованием соответствующего кода медицинской услуги, по которой пациенту была оказана плановая медицинская помощь.

Учет случаев проведения доконтактной профилактики COVID-19 детей из группы риска ведется с использованием кода медицинской услуги «161462». Учет случаев обследования после доконтактной профилактики COVID-19 детей из группы риска ведется с использованием кода медицинской услуги «161463». Оплата данного вида медицинской помощи осуществляется только при ее оказании в ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» и ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения города Москвы».

Одновременно с кодами основных комплексных медицинских услуг «61440», «161440», «161441», за исключением медицинских услуг в форме Ф066 учитываются отдельные медицинские услуги, включенные в приложение № 12.2 к настоящему



Тарифному соглашению. Для учета дополнительных услуг допускается использование следующих кодов:

а) проведение пациенту методов экстракорпоральной мембранной оксигенации при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующими кодами «49» раздела МГР («49011» – «49013»), у детей кодами раздела «149» МГР («149011» – «149013») дополнительно к коду основной медицинской услуги;

б) проведение пациенту методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиализация, плазмаферез и др.) при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующим кодом раздела «49» МГР, у детей кодами «149002» и «149016» дополнительно к коду основной медицинской услуги;

в) проведение перитонеального диализа при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) – учитывается кодами медицинских услуг «49008» / «149017» (Перитонеальный диализ) дополнительно к коду основной медицинской услуги.

Коды медицинских услуг, включенные в приложение № 12.2 и не указанные в настоящем разделе, предназначены для технических целей; для учета медицинской помощи в целях оплаты сопутствующих медицинских услуг не используются.

Учет пребывания пациентов в отделении реанимации осуществляется с использованием медицинских услуг разделов «83» / «183» МГР.

В рамках одной госпитализации осуществляется учет и оплата только одной услуги «61440», «161440», «161441». Отдельные медицинские услуги (за исключением указанных выше), выполненные в приемном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого были оказаны услуги «61440», «161440», «161441» (включая период нахождения пациента в реанимационном отделении, а также услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого данные услуги были оказаны), дополнительной оплате не подлежат. Исключение составляют случаи пребывания пациента в реанимационном отделении на протяжении всего срока госпитализации (счет состоит только из услуг разделов «83» / «183» МГР), которые оплачиваются в соответствии с установленными тарифами.

При этом, отдельные медицинские манипуляции, выполненные в приемном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого были оказаны услуги «61440», «161440», «161441» (включая услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого данные услуги были оказаны), подлежат учету в форме Ф066 подсистемы ПУМП АИС ОМС на вкладках «Операции» и «ДИ».

В отдельных медицинских организациях по решению органа исполнительной власти в сфере здравоохранения города Москвы медицинская помощь, оказываемая

в связи с заболеванием с COVID-19 лицам, включенным в группы риска, в условиях стационара кратковременного пребывания (далее – СКП) и включающая в себя одно или несколько посещений СКП, может учитываться с использованием кода комплексной медицинской услуги «61440» / «161440» при условии указания кода особого случая счета за оказанную медицинскую помощь «С» – «Оказание медицинской помощи в связи с заболеванием с COVID-19 лицам, включенным в группы риска, в условиях СКП».

В медицинских организациях, включенных в справочник «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС и имеющих значение параметра «DIAG» = «1», не ранее даты, указанной в параметре «DATEBEG\_3» и не позже даты, указанной в параметре «DATEEND\_3», медицинская помощь, оказанная лицам с COVID-19 в отделении реанимации и интенсивной терапии на протяжении всего периода госпитализации может учитываться с использованием кодов комплексных медицинских услуг «61440» / «161440». При этом в указанных случаях наличие сведений об использовании противоковидных лекарственных препаратов, подлежащих оплате, является обязательным.

В случаях проведения пациентам лекарственной терапии при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения коронавирусной инфекции (2019-nCoV), лекарственными препаратами, включенными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «2», в дополнение к коду медицинской услуги, включенной в справочник «lr\_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «2» вносятся сведения об использованных при лечении лекарственных препаратах, включенных в приложение № 13.1 к настоящему Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

2.7.3.20. Особенности учета и оплаты медицинской помощи, оказанной в отделениях стационара кратковременного пребывания (СКП):

Пилотный проект по организации оказания хирургической медицинской помощи в рамках СКП осуществляется в целях минимизации срока пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара путем совершенствования организационных процессов (обеспечение преемственности на этапе диагностики, отбора пациентов для направления в СКП, выбора оптимального метода хирургического лечения, направления на долечивание и реабилитацию в амбулаторных условиях), включая информационное обеспечение как для организации оптимальной маршрутизации пациентов, так и для учета оказанной медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи в СКП осуществляется в течение 24 часов с момента госпитализации пациента в СКП, в соответствии с показаниями.

Оказание медицинской помощи в СКП осуществляется лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы или на территориях других субъектов Российской Федерации.

Учет медицинской помощи, оказанной в СКП, осуществляется с использованием кодов комплексных медицинских услуг, приведенных в справочнике «reeskr» пакета НСИ АИС ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной в СКП, осуществляется в случае проведения оперативного вмешательства. При этом применяемый для учета данного вида медицинской помощи код комплексной медицинской услуги должен соответствовать диагнозу основного заболевания пациента и коду проведенного оперативного вмешательства. Указанные соответствия приведены в справочнике «reeskr» пакета НСИ АИС ОМС.

Регистрация медицинской помощи, оказываемой в отделениях СКП возможна только в медицинских организациях, входящих в установленный приказом уполномоченного Правительством Москвы органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения перечень.

Отделения СКП в обязательном порядке выделяются в подсистеме ПУМП АИС ОМС кодом условий оказания медицинской помощи «09» (2-3 символы фасетного кода отделения медицинской организации).

2.7.3.21. Особенности учета и оплаты медицинской помощи при использовании диагностических медицинских услуг:

При подозрении на наличие у застрахованного лица заболеваний (состояний), требующих оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, проведение диагностических мероприятий учитывается с использованием кодов комплексных медицинских услуг «62073», «63001», «66001», «67027», «68005», «69007», «70001», «71001», «72046», «73002», «74001», «75002», «76013», «77001», «78003», «79009», «82036», «85022», «89019», «92003», «93024».

При проведении диагностических мероприятий (в том числе лечебных в стадии купирования острого состояния) указанные комплексные медицинские услуги подлежат учету в объемах соответствующего профиля медицинской помощи (согласно справочнику «profms» пакета НСИ АИС ОМС) и подлежат оплате при выполнении следующих условий:

– указан код законченного случая госпитализации («ГПР») = «0» - «специализированная медицинская помощь, не включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (за исключением медицинской реабилитации)»;

– пациент доставлен бригадой скорой медицинской помощи (указано значение параметра «ORD» (канал госпитализации) = «2»).

При необходимости перевода пациента в другую медицинскую организацию также указывается код законченного случая госпитализации («ГПР») = «0» в сочетании

с кодом особого случая реестра счета («D\_TYPE») = «3» и кодом результата обращения за медицинской помощью («RSLT») = «102».

При проведении диагностического обследования пациентов по каналу госпитализации «б» в плановой форме стационарных условиях проведение диагностических мероприятий учитывается с использованием кодов комплексных медицинских услуг «61003», «62073», «63001», «66001», «67027», «68005», «68006», «69007», «70001», «71001», «72046», «73002», «74001», «75002», «76013», «77001», «78003», «79009», «82036», «85022», «89019», «90024», «92003», «93024».

При проведении диагностического обследования пациентов по каналу госпитализации «б» указанные комплексные медицинские услуги подлежат учету в объемах профиля «Диагностика» (HOSP DIAG) и подлежат оплате при выполнении следующего условия):

– указано значение параметра «ORD» (канал госпитализации) = «б».

Коды комплексных медицинских услуг «61003», «68006», «90024» возможны для использования только в профиле «Диагностика» (HOSP DIAG) для случаев оказания медицинской помощи пациентам, направленным по каналу госпитализации «б».

2.7.4. Перечень комплексных медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, используемых для учета острых, в том числе угрожающих жизни, состояний пациентам, госпитализированным по каналу «самотек» в круглосуточные стационары, с указанием критериев экстренной госпитализации, приведен в приложении № 3.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.7.5. Перечень комплексных медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, используемых для учета острых, в том числе угрожающих жизни, состояний пациентам, госпитализированным по каналу «самотек» в круглосуточные стационары, без учета дополнительных критериев, приведен в приложении № 3.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.8. Особенности учета и оплаты высокотехнологичной медицинской помощи:

2.8.1. Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:

Комплексные медицинские услуги для учета высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включены в приложение № 14 и приложение № 11.2 к настоящему Тарифному соглашению. Для учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу «200» и разделу «297» МГР. Для учета кодов услуг используется справочник «Reesv» пакета НСИ АИС ОМС.

Для всех медицинских организаций, кроме подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, при регистрации медицинских услуг раздела «297» МГР в обязательном порядке регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

Объектом кодирования является метод высокотехнологичной медицинской помощи с соответствующим диагнозом для определенной модели пациента. Описание ВМП в системе АИС ОМС приведено в справочнике «Reesvr» пакета НСИ АИС ОМС, который имеет следующие параметры: код и наименование метода «COD», «NAME», профиль медицинской помощи «PROFMP», вид ВМП «CODVVP», модель пациента «CODMOD» и вид лечения «TIPGR».

Единицей учета ВМП, оплачиваемой за счет средств ОМС, является законченный случай оказания медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, включающий один метод лечения (из Перечня видов ВМП, включенного в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве).

При этом учет случая оказания ВМП в подсистеме ПУМП АИС ОМС для дневного стационара ведется в соответствии с общими правилами учета медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в части регистрации отдельных движений по отделениям, соответствующих периодам фактического посещения пациентом дневного стационара.

Случаи оказания медицинской помощи могут учитываться как ВМП только при соблюдении следующих условий:

- соответствие наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения, метода лечения и профиля медицинской помощи аналогичным параметрам, установленным в Перечне видов ВМП, включенном в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. В случае смерти пациента, получившего высокотехнологичную медицинскую помощь, наступившей в отделении реанимации, допускается указание в счете профиля медицинской помощи «реанимация» (в фасетном коде отделения); при этом в качестве лечащего врача указываются данные врача хирургической специальности, выполнившего оперативное вмешательство;

- использованный метод лечения включает все технологии, установленные для данного вида ВМП Перечнем видов ВМП, включенным в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве;

- при оказании медицинской помощи не использовались лекарственные средства и медицинские изделия, приобретенные пациентом или его представителями за счет личных средств;

- случай оказания ВМП учтен в специализированной информационной системе в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» и от 30.01.2015 № 29н «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания

высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления».

В случае, если хотя бы одно из вышеуказанных условий не выполнено, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующему коду комплексной медицинской услуги исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. В рамках одной госпитализации осуществляется учет только одной единицы ВМП. Отдельные медицинские услуги, выполненные в приемном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого была оказана ВМП (включая период нахождения пациента в реанимационном отделении, а также услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого оказана ВМП), дополнительному учету в системе ОМС не подлежат. Исключение составляют медицинские услуги раздела «49» МГР, оказанные пациентам с острым коронарным синдромом при получении медицинских услуг «200518», «200519», «200520», «200522», «200523», «200524».

При регистрации медицинских услуг раздела «297» МГР, а также медицинских услуг «200059» - «200068», «200071» - «200079», «200083», «200105» - «200160», «200454», «200350» - «200356», «200542» - «200559», «200392», «200485», «200486», «200489», «200487», «200488», «200560» - «200562» в подсистеме ПУМП АИС ОМС указывается ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 30.12.2021 № 1329 маршрутизация пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) и оплата соответствующих методов ВМП с кодами «200518», «200519», «200520» (стентирование коронарных артерий при инфаркте миокарда с подъемом ST) осуществляется только\* в 12 шок-центрах:

- ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. И.В. Давыдовского ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»;
- ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»;
- ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ».

\*В остальных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы оплата услуг осуществляется по обращению органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения. Указанный порядок распространяет

свое действие только на медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

Оказание и оплата метода ВМП с кодом «200088» (каротидная эндалтерэктомия) осуществляется только\* для 18 стационаров:

- ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. М.Е. Жадкевича ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демихова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»;
- ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ им. И.В. Давыдовского ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ»;
- ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ»;
- ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»;
- ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка ДЗМ»;
- ГБУЗ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ;
- ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

\*В остальных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы оплата услуг осуществляется по обращению органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения. Указанный порядок распространяет свое действие только на медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

Оказание и оплата методов ВМП с кодами «200083», «200080», «200060», «200059», «200071», «200064», «200079», «200066», «200065», «200076», «200061», «200072», «200062», «200067», «200082», «200081», «200075», «200074», «200069», «200068», «200063», «200078», «200077», «200073», «85041», «66020», «85020», «85040», «85021», «85011») осуществляется только\* трех центрах:

- ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»;
- ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»;
- ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка ДЗМ».

\*В остальных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы оплата услуг осуществляется по обращению органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения. Указанный порядок распространяет свое действие только на медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

2.8.2. Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования:

Комплексные медицинские услуги для учета высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (лицам, застрахованным в городе Москве) в условиях круглосуточного стационара, включены в приложение № 14.1 к настоящему Тарифному соглашению. Для учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу «300» МГР.

Комплексные медицинские услуги для учета высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (лицам, застрахованным в городе Москве) в условиях дневного стационара, включены в приложение № 11.3 к настоящему Тарифному соглашению. Для учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу «397» МГР.

Для всех медицинских организаций, кроме подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, при регистрации медицинских услуг раздела «397» МГР в обязательном порядке регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

Обязательным условием для оплаты данных случаев медицинской помощи, является наличие направления на стационарное лечение с применением данных методов (форма 057/у-04), указанное в информационной системе учета медицинской помощи (подсистема ПУМП АИС ОМС). Обоснованность применения данных методов должна быть подтверждена протоколом отборочной комиссии медицинской организации-исполнителя услуги.

Лицам, застрахованным по ОМС в Москве, нуждающимся в одновременном предоставлении специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «онкология», медицинская помощь оказывается:

- в ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»; счета за выполненные в условиях дневного стационара услуги («197» раздела МГР) предъявляются к оплате в соответствующую страховую медицинскую организацию;

- в АО «Европейский медицинский центр» (услуги «197» и «397» разделов МГР); счета за выполненные в условиях дневного стационара услуги предъявляются к оплате в соответствующую страховую медицинскую организацию или в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (для услуг «397» раздела МГР).

При регистрации в подсистеме ПУМП АИС ОМС медицинских услуг разделов «300» и «397» МГР указывается ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).

2.9. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:



2.9.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, приведен в приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.10. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

2.10.1. Перечень медицинских услуг, оказываемых лицам, застрахованным по ОМС, прикрепленным к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», в круглосуточных или дневных стационарах, оплата которых осуществляется вне системы горизонтальных расчетов, приведен в приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.11. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи установлено распределение медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, по следующим уровням (Приложение № 6 к настоящему Тарифному соглашению):

первый уровень оказания медицинской помощи - оказание первичной (в том числе первичной специализированной) медико-санитарной медицинской помощи, в том числе в неотложной форме, оказание специализированной медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, оказываемой на втором и третьем уровнях);

второй уровень оказания медицинской помощи - оказание первичной (в том числе первичной специализированной) медико-санитарной медицинской помощи, в том числе в неотложной форме, специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи медицинскими организациями, имеющими специализированные отделения и (или) центры в качестве структурных подразделений, диспансерами и другими медицинскими организациями, оказывающими специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях (за исключением медицинской помощи, оказываемой на третьем уровне);

третий уровень оказания медицинской помощи - оказание первичной (в том числе первичной специализированной) медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной форме, специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи медицинскими организациями, осуществляющими оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Распределение по уровням медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным, осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н.

2.12. Общие положения по расчету стоимости и контролю медицинской помощи:

2.12.1. При оплате медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования оплата медицинской помощи осуществляется исходя из общего расчетного объема подушевого финансирования, результатов горизонтальных расчетов с другими медицинскими организациями, а также стоимости отдельных медицинских услуг, для которых применяется способ оплаты за единицу объема - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, за законченный или прерванный случай госпитализации, за вызов.

При применении способа оплаты медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования в реестре счетов регистрируются персонифицированные сведения об оказанной медицинской помощи, которые используются в целях формирования статистических данных. Указанные сведения не участвуют в расчете стоимости оказанной медицинской помощи.

При применении способа оплаты за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение за законченный или прерванный случай госпитализации, за вызов:

1. стоимость амбулаторно-поликлинической медицинской помощи рассчитывается как произведение тарифа услуги на количество оказанных услуг.

2. стоимость лечения в отделении дневного стационара рассчитывается с учетом тарифа на законченный (прерванный) случай госпитализации, за исключением:

– услуг «97001», «97002», «197001», «197002», «197003», «97005», «97008», «97009», «97010», «97030», «97189» – «97192», «197010», «197011» стоимость которых рассчитывается как произведение тарифа пациенто-дня на число дней фактического посещения дневного стационара;

– услуг, включенных в справочник «lr\_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», не равным «0», для которых в счете за оказанную медицинскую помощь зарегистрированы лекарственные препараты, включенные в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС и приобретенные медицинской организацией за счет средств ОМС, оплате подлежит как сама медицинская услуга, так и соответствующие лекарственные препараты в соответствии с Порядком учета и оплаты противоопухолевой терапии пациентов при злокачественных новообразованиях в условиях круглосуточного и дневного стационара, включенным в Тарифное соглашение;

Прерванный случай госпитализации в дневной стационар оплачивается исходя из количества койко-дней, фактически проведенных пациентом в отделении дневного стационара. Стоимость одного пациенто-дня приведена в справочнике «tarimu» пакета НСИ АИС ОМС. Максимальная стоимость оплаты комплексной медицинской услуги по пациенто-дням не может превышать тарифа на законченный случай, установленного для данной услуги.

3. стоимость лечения в отделении круглосуточного стационара (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) рассчитывается с учетом тарифа на законченный (прерванный) случай госпитализации.

Законченный случай госпитализации оплачивается по полной стоимости тарифа комплексной медицинской услуги. Длительность нахождения пациента в стационаре при этом не учитывается.

Прерванный случай госпитализации оплачивается исходя из количества койко-дней, проведенных пациентом в отделении стационара. Стоимость одного койко-дня приведена в справочнике «tarimu» пакета НСИ АИС ОМС. Максимальная стоимость оплаты комплексной медицинской услуги по койко-дням не может превышать тарифа на законченный случай, установленного для данной услуги (за исключением услуги «83050», не имеющей предельной длительности).

В случае лечения пациента в рамках одной госпитализации в двух и более отделениях оплачиваются все периоды лечения (в соответствии с кодами услуг и кодами прерванности) (за исключением лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов). Одновременно оплачиваются услуги гемодиализа, дополнительные оперативные вмешательства, услуги, оказанные выездными бригадами и иные услуги, указанные в п. 2.7.3.16.

Стоимость законченного случая лечения по МС (код «0») в отделениях реанимации и интенсивной терапии больницы для детского населения (раздел «183» МГР) рассчитывается как произведение тарифа на количество койко-дней пребывания в отделении.

При учете медицинской помощи с использованием кодов комплексных медицинских услуг, включенных в справочник «lp\_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», не равным «0», для которых в счете за оказанную медицинскую помощь зарегистрированы лекарственные препараты, включенные в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС и приобретенные медицинской организацией за счет средств ОМС, оплате подлежит как сама медицинская услуга, так и соответствующие лекарственные препараты в соответствии с Порядком учета и оплаты противоопухолевой терапии пациентов при злокачественных новообразованиях в условиях круглосуточного и дневного стационара, включенным в Тарифное соглашение.

4. стоимость лечения в отделении круглосуточного стационара (высокотехнологичная медицинская помощь) оплачивается по полной стоимости тарифа на комплексную медицинскую услугу. Длительность нахождения пациента в стационаре при этом не учитывается. Дополнительные услуги, оказанные в период госпитализации (включая, периоды нахождения в других отделениях (в том числе, реанимационном), гемодиализ, дополнительные оперативные вмешательства и др.), не оплачиваются. Исключение составляют медицинские услуги раздела «49» МГР,

оказанные пациентам с острым коронарным синдромом при получении медицинских услуг «200518», «200519», «200520», «200522», «200523», «200524».

5. стоимость вызова бригады скорой медицинской помощи или бригады неотложной медицинской помощи устанавливается равной тарифу на соответствующую медицинскую услугу.

Коды простых медицинских услуг приведены в справочнике «reesus» пакета НСИ АИС ОМС. При этом перечень простых и комплексных медицинских услуг, финансируемых за счет средств подушевого финансирования, приведен в приложении № 1.5.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Коды комплексных медицинских услуг приведены в справочнике «reesms» пакета НСИ АИС ОМС.

Коды комплексных медицинских услуг высокотехнологичной медицинской помощи приведены в справочнике «reesvr» пакета НСИ АИС ОМС.

Тарифы на простые и комплексные медицинские услуги, применяемые при оплате за единицу объема - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, за законченный или прерванный случай госпитализации, за вызов, указаны в справочнике «tarimu» пакета НСИ АИС ОМС.

Для медицинских услуг высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в приложение № 14.1 к настоящему Тарифному соглашению и оказанных в рамках территориальной программы ОМС (лицам, застрахованным в городе Москве), осуществляется доплата за каждый случай оказания медицинской помощи в размере, установленном приложением № 14.1 к настоящему Тарифному соглашению, с учетом результатов медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи.

Подробная техническая информация по правилам:

- расчета длительности случаев госпитализации в КС, госпитализации в ДС, госпитализации по ВМП, госпитализации по ВМП (дневной стационар), случаев госпитализации на диагностическую койку приемного отделения;
- расчета стоимости случаев госпитализации в КС, госпитализации в ДС, госпитализации по ВМП, госпитализации по ВМП (дневной стационар), случаев госпитализации на диагностическую койку приемного отделения;
- расчета стоимости применяемых лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, имплантируемых в организм человека;
- правила округления стоимостей при расчете;
- правила вычисления признака «F\_TYPE» (тип финансирования медицинской услуги);

Приведены в разделе 2 Регламента информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования города Москвы с использованием веб-сервисов.

2.12.2. Основные принципы оплаты медицинской помощи в рамках системы подушевого финансирования:

В рамках системы горизонтальных расчетов:

1) дополнительно к объему средств, рассчитанных по подушевым нормативам на прикрепившихся лиц, медицинская организация получает финансовые средства за медицинские услуги, оказанные лицам, прикрепившимся к иной медицинской организации, финансируемой по подушевым нормативам;

2) объем средств, рассчитанных по подушевым нормативам на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, уменьшается в случае оказания прикрепившимся лицам медицинских услуг в иной медицинской организации, с целью возмещения средств, затраченных на оказание медицинских услуг.

2.12.3. Особые условия оплаты медицинской помощи, оказанной в подразделении стационара, оказывающем амбулаторные услуги:

Порядок оплаты работы поликлинического отделения, имеющего прикрепившихся лиц, входящего в структуру стационара, соответствует правилам, установленным для медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевым нормативам (далее - МОПФ). Услуги, оказанные в поликлинических отделениях стационара прикрепившимся к данной медицинской организации лицам, оплачиваются из объема средств ОМС, рассчитанных по подушевым нормативам финансирования.

Услуги по лабораторной диагностике, выполненные в централизованных клиничко-диагностических лабораториях лицам, прикрепленным к иным МО, оплачиваются в системе горизонтальных расчетов.

При выполнении госпитализированным пациентам биопсии, цитологических и/или иных исследований в другой медицинской организации, эти услуги учитываются медицинской организацией-исполнителем, как выполненные в амбулаторных условиях, и оплачиваются в соответствии с тарифами на медицинские услуги в системе ОМС города Москвы при наличии в первичной медицинской документации направления медицинской организации – заказчика. При расчете со стационаром, в котором пациент получал медицинскую помощь, оплачивается лечение по тарифу соответствующей медицинской услуги.

Дополнительно оплачивается медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

2.12.4. Особые условия оплаты медицинской помощи, связанной с беременностью и родами:

Оплата медицинских услуг, связанных с наблюдением беременной и родами осуществляется с использованием тарифов соответствующих простых и комплексных медицинских услуг.

Медицинские услуги, оказанные в период беременности по поводу заболеваний иных органов и систем (экстрагенитальная патология), такие как консультации

врачей-специалистов (за исключением врачей акушеров-гинекологов), диагностические исследования, лечебно-профилактические мероприятия и др., оказываются по месту прикрепления пациентки. Учет и оплата медицинской помощи в данных случаях осуществляется на общих основаниях.

При условии выполнения в одной медицинской организации следующих требований:

- постановка женщин на учет в срок до 12 недель беременности;
- наблюдение пациенток в период беременности с выполнением всех необходимых диагностических и лечебных процедур;
- родовспоможение в данной медицинской организации (одно юридическое лицо) осуществляется доплата в виде разницы между суммарной стоимостью оказанных медицинских услуг и нормативом подушевого финансирования на женщин в период беременности и родов.

При отсутствии возможности выполнения в данной медицинской организации отдельных скрининговых и лабораторных исследований, проведение их возможно в других медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС (в том числе в соответствии с распорядительными документами Департамента здравоохранения города Москвы); наличие направления на исследования обязательно. Оказание данных медицинских услуг не является причиной отказа в доплате в виде разницы между суммарной стоимостью оказанных медицинских услуг и нормативом подушевого финансирования на женщин в период беременности и родов.

2.12.5. Правила контроля на предмет превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС:

2.12.5.1. Общие положения по правилам контроля за превышением установленных объемов медицинской помощи и/или ее финансового обеспечения:

Правила отнесения фактически выполненных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения приведены в Структуре сервиса «Мониторинг» подсистемы ПУМП АИС ОМС (Приложение к Регламенту информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования города Москвы с использованием веб-сервисов).

1) Контроль амбулаторно-поликлинической медицинской помощи ведется на предмет превышения установленных годовых объемов финансового обеспечения без учета натуральных объемов медицинской помощи и без учета разделения на посещения и обращения. То есть на предмет превышения фактического объема финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи над плановым значением.

Отклонению от оплаты не подлежат услуги, оплачиваемые в рамках подушевого норматива финансирования, то есть медицинские услуги АПП, стоматологические услуги АПП и случаи госпитализации в ДС с использованием медицинских услуг

раздела «97» / «197» / «897» / «997» МГР, имеющие значение «ТРN» = «р» / «q» / «п» (по справочнику пакета «reesus» НСИ АИС ОМС), маркированные значением параметра «F\_TYPE» – «признак финансирования», равным:

– «fr» (оплачиваемые из средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц);

– «vz» (оплачиваемые из средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц путем проведения горизонтальных взаиморасчетов), оказанные в медицинской организации, имеющей прикрепленное население (для которой параметр «ТРN» или «ТРNS» = «1» / «2» / «3» по справочнику «sprlpu» пакета НСИ АИС ОМС). Признак типа прикрепления определяется по типу услуги по справочнику пакета НСИ АИС ОМС «usvmp».

Контроль ПЭТ/КТ ведется в рамках предельного годового объема финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь, а также на предмет превышения соответствующих плановых натуральных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения по параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС:

- «ПЭТ/КТ - всего, из них:»;
- «ПЭТ/КТ всего тела»;
- «ПЭТ/КТ головного мозга»;
- «ПЭТ/КТ предстательной железы».

Контроль параметра сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС «Предварительное обследование пациентов, поступающих в федеральные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при плановой госпитализации» ведется в рамках предельного годового объема финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь, а также на предмет превышения соответствующих плановых натуральных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

Контроль строки «Диспансерное наблюдение» ведется в рамках предельного годового объема финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь, а также на предмет превышения соответствующих плановых объемов или ее финансового обеспечения данного вида медицинской помощи.

Контроль строки «Обращения по медицинской реабилитации» ведется в рамках предельного годового объема финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь, а также на предмет превышения соответствующих плановых объемов или ее финансового обеспечения данного вида медицинской помощи.

2) Контроль специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, ведется на предмет превышения установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС годовых натуральных объемов медицинской помощи и объемов ее

финансового обеспечения по отдельным параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС. Также контроль ведется на предмет исчерпания 50 % (по счетам за отчетные периоды с «января 2024 года» по «июнь 2024 года») или 75 % (по счетам за отчетные периоды с «июля 2024 года» по «сентябрь 2024 года» по нарастающему итогу с января 2024 года) от установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС плановых годовых объемов медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения по соответствующему профилю / подпрофилю медицинской помощи (проводится, в медицинских организациях, подведомственных уполномоченному Правительством Москвы органу исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения). Контроль ведется по отдельным параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС:

- профили медицинской помощи;

- параметры профилей медицинской помощи: «в т.ч. «акушерство» (с сохранением беременности до 22 недель)», «в т.ч. «акушерство» (с сохранением беременности после 22 недель)», «в т.ч. «гинекология», «в т.ч. в круглосуточном стационаре», «в т.ч. интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза и (или) имплантата с глюкокортикоидом», «ЛТ [2D]», «ВМП [ЛТ 3D-4D]», «в т.ч. досуточная диагностика и лечение в ССК», «в т.ч. досуточная диагностика и лечение»;

- параметры «ПРОЧИЕ...»;

- параметр «COVID-19» (за исключением контроля на предмет превышения 50 % или 75 % от установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС годовых объемов);

- параметр «Диагностика (канал госпитализации 6)» (HOSP\_DIAG) (за исключением контроля на предмет превышения 50 % или 75 % от установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС годовых объемов).

Исключение составляют:

- случаи оказания медицинской помощи, отнесенные к параметру сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС «в т.ч. в условиях СКП», контролируются только по годовым объемам медицинской помощи и ее финансового обеспечения, а также на предмет превышения 50% или 75% от установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС годовых объемов по соответствующему профилю в целом;

- случаи оказания медицинской помощи, отнесенные к параметру сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС «в т.ч. роды» контролируются только по годовым объемам медицинской помощи и ее финансового обеспечения по профилю «акушерство и гинекология» в целом;

- случаи оказания медицинской помощи в медицинских организациях, перечисленных в приложении 2 к Регламенту информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования города Москвы



с использованием веб-сервисов, контролю на предмет превышения 50 % или 75 % от установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС годовых объемов не подлежат;

– случаи оказания медицинской помощи, отнесенные к параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС «в т.ч. проект 2» и «в т.ч. проект 3», контролю на предмет превышения 50 % или 75 % от установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС годовых объемов не подлежат;

– случаи оказания медицинской помощи, отнесенные к параметру сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС «в т.ч. проект 2», контролю на предмет превышения установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС годовых объемов не подлежат. При этом в рамках параметра «в т.ч. проект 2» часть 1 (случаи, отнесенные к кодам профилей с «HOSP\_SP\_2\_1» по «HOSP\_SP\_2\_14» включительно, а также «HOSP\_SP\_2\_23») контроль на превышение годового плана не осуществляется при условии выполнения контрольных объемов медицинской помощи в рамках основного профиля;

– случаи оказания медицинской помощи, отнесенные к параметру сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС «в т.ч. проект 3», контролю на предмет превышения установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС годовых объемов не подлежат.

3) Контроль медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, ведется на предмет превышения установленных натуральных объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения по предельным годовым показателям для медицинской помощи в условиях дневного стационара в целом (то есть на предмет превышения фактического объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения по медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре, над плановым значением), а также по натуральным объемам медицинской помощи и объемам финансового обеспечения по отдельным параметрам сервиса Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС:

- параметр «Дневной стационар (без учета диализа, ЭКО и эндоскопии)»;
- параметр «в т.ч. онкология (за исключением медицинской помощи детям)»;
- параметр «радиология, радиотерапия»;
- параметр «в т.ч. лучевая терапия (2D)»;
- параметр «в т.ч. ВМП (лучевая терапия 3D-4D)»;
- параметр «в т.ч. гематология (за исключением медицинской помощи детям)»;
- параметр «в т.ч. детская гематология и онкология»;
- параметр «Нефрология»;
- параметр «Заместительная почечная терапия, в т.ч.»;
- параметр «в т.ч. гемодиализ»;
- параметр «в т.ч. перитонеальный диализ»;
- параметр «ЭКО»;

- параметр «Эндоскопическая диагностика».

2.12.5.2. Общие положения по правилам оплаты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по отдельным профилям:

При превышении установленных для Организации объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами, оказанной по коду медицинской услуги «76912», указанная медицинская услуга принимается к оплате в рамках общих установленных годовых/квартальных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения по профилю «акушерство и гинекология».

По итогам исполнения за 6 и 9 месяцев текущего финансового года объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами, в случае их превышения установленные объемы подлежат корректировке Комиссией по разработке территориальной программы ОМС за счет уменьшения установленных Организации объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (при наличии профицита – прогнозного невыполнения объема), оказываемой при патологии, связанной с беременностью (до 22 недель), патологии, связанной с беременностью (после 22 недель), при гинекологической патологии, а также за счет других профилей медицинской помощи, но в пределах общего установленного объема предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

В случае превышения по итогам исполнения за 6 и 9 месяцев текущего финансового года общего установленного объема предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи за счет перевыполнения установленных объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами, установленные объемы по профилю «Акушерство и гинекология» корректируются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС с соответствующим увеличением общего установленного объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

В случае невыполнения установленных объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами, объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи перераспределяются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС для увеличения установленных объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при гинекологической патологии (данные объемы, установленные Комиссией по разработке территориальной программы ОМС медицинская организация вправе самостоятельно перенести в СКП), а также по другим профилям медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Обеспечение медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при патологии, связанной с беременностью (до 22 недель), по кодам

медицинских услуг «76002», «76904» - «76906» осуществляется в рамках объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Обеспечение медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при патологии, связанной с беременностью (после 22 недель), по кодам медицинских услуг «76901» - «76903», «76908» - «76911», осуществляется в рамках объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

В случае невыполнения установленных объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при патологии, связанной с беременностью, объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи перераспределяются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС для увеличения установленных объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами или оказываемой при гинекологической патологии (данные объемы, установленные Комиссией по разработке территориальной программы ОМС медицинская организация вправе самостоятельно перенести в СКП) а также для увеличения объемов по другим профилям медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при гинекологической патологии, по кодам медицинских услуг: «76080», «76082», «76090», «76091», «76092», «76120», «76130», «76151», «76160», «76161», «76913», «76917», а также по кодам медицинских услуг: «176080», «176100», «176110», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

В случае невыполнения установленных объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при гинекологической патологии в стационарных условиях, объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи перераспределяются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС для увеличения установленных объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами или оказываемой в СКП, а также для увеличения объемов по другим профилям медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Хирургия», оказываемой по кодам медицинских услуг: «72110», «72166», «72180», «72181», «72220», «72224», «72440», «72460», «72480», «72150», «72162», «72300», «72171», «72121», «72100», «72038», «72250», «72460», «72252», «72016», «72260», «72400», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Медицинская помощь по профилю «Хирургия» по кодам медицинских услуг: «72450», «72470» оказывается только в условиях СКП. В случае предоставления указанных медицинских услуг в условиях стационара круглосуточного пребывания, оплата осуществляется только по результатам проведения медико-экономической экспертизы.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Хирургия» устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Детская хирургия», оказываемой по кодам медицинских услуг: «172100», «172140», «172170», «172180», «172220», «172270», «172330», «172370», «172035», «172320», «172067», «172065», «172210», «172019», «172340», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Детская хирургия» устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Травматология и ортопедия», оказываемой по кодам медицинских услуг: «79003», «79250», «79290», «79560», «79380», а также по кодам медицинских услуг: «179150», «179320», «179380», «179450», «179460», «179470», «179440», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Травматология и ортопедия» устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Оториноларингология» оказываемой по кодам медицинских услуг: «68010», «68020», «68030», «68090», «68100», «68101», «68110», «68140», «68160», «68002», а также по кодам медицинских услуг: «168010», «168020», «168040», «168070», «168080», «168150», «168160», «168162», «168200», «168230», «200561», «200357», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Оториноларингология» устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Урология», оказываемой по кодам медицинских услуг: «75010», «75021», «75030», «75050», «75060», «75070», «75080», «75090», «75100», «200511», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Урология» устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Детская урология-андрология», оказываемой по кодам медицинских услуг: «175010», «175050», «175060», «175080», «175090», «175110», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Детская урология-андрология» устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Офтальмология», оказываемой по кодам медицинских услуг: «67030», «67130», «67170», «67013», а также по коду: «167160», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Офтальмология», оказываемой по коду медицинской услуги «67160», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате только для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Офтальмология» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Обеспечение медицинской помощи по профилю «Офтальмология», оказываемой по коду медицинской услуги: «67013» (интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза и (или) имплантата с глюкокортикоидом) осуществляется в рамках объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения по профилю «офтальмология», установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», оказываемой по кодам медицинских услуг: «73150», «73090», «73020», «73030», «73070», «73110», «73040», «73080», «73140», а также по кодам медицинских услуг: «173170», «173020», «173110», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Онкология», оказываемой по кодам медицинских услуг: «90010», «90050», «90060», «90090», «90100», «90121», «90131», «90135», «90160», «90230», «90251», «90260», «90280», «90310», «90340», «90345», «90420», «72360», «75120», «75050», «75130», «73030», «73050», «72440», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Онкология» устанавливаются Комиссией и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия», оказываемой по кодам медицинских услуг: «82015», «82011», «82012», «82027», «82028», «82017», «82010», «82018», «82019», «82021», «82029», устанавливаются Комиссией по разработке

территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП отдельно в процентном соотношении, установленном для каждой медицинской организации индивидуально.

Для отдельных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы, оказывающих медицинскую помощь пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекцией COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19, решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС могут быть установлены на эти цели дополнительные объемы медицинской помощи и финансового обеспечения».

### **Раздел 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»**

3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Территориальной программе ОМС, осуществляется по тарифам, установленным в рублях и копейках.

3.2. Тарифы используются для оплаты медицинской помощи по Территориальной программе ОМС в соответствии с утвержденными способами оплаты.

3.3. Тарифы устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы ОМС, установленного Законом города Москвы от 22.11.2023 № 32 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

3.4. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность по Территориальной программе ОМС на территории города Москвы.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н в составе Правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные Территориальной программой ОМС.

3.6. Предложения о включении новых простых и комплексных медицинских услуг в Тарифное соглашение, а также предложения о пересмотре тарифов на оплату действующих простых и комплексных медицинских услуг направляются в Рабочую группу по расчету и корректировке тарифов в системе обязательного медицинского страхования в соответствии с Порядком направления предложений по учету медицинской помощи в Рабочую группу по расчету и корректировке тарифов в системе

обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 25.12.2023 № 681/1266.

3.7. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в Территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), врачам отделений медицинской помощи населению на дому, медицинским сестрам медицинского поста, медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.8. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС:

3.8.1. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в медицинских организациях согласно Приложениям № 1.1, № 1.1-а, № 1.4.1: приемы и консультации врачей-специалистов (за исключением консультаций, оказанных в приемном отделении стационара), а также среднего медицинского персонала; профилактические медицинские осмотры и диспансеризация; медицинские услуги, оказанные в клинικο-диагностических отделениях стационаров прикрепленным лицам; общие манипуляции и процедуры; манипуляции хирургические, травматологические, ортопедические, колопроктологические, урологические, оториноларингологические, сурдологические-оториноларингологические, офтальмологические, стоматологические, аллергологические и иммунологические, гематологические, дерматовенерологические, эндоскопические; медицинские услуги Центра здоровья; лечебные и диагностические пункции; функциональная диагностика; общеклинические лабораторные исследования; биохимические лабораторные исследования; микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования; иммунологические лабораторные исследования (за исключением тестирования на новую коронавирусную инфекцию методом ИФА); цитологические исследования; рентгенологические исследования;



компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (за исключением ПЭТ/КТ и исследований, выполненных в рамках диагностики онкологических заболеваний, а также исследований, выполненных в связи с ОРВИ, гриппом, пневмонией, бронхитом или коронавирусной инфекцией типа 2019-nCoV); радиоизотопные диагностические исследования; ультразвуковые диагностические исследования; термография; профилактические прививки; анестезиологические манипуляции (поликлинический уровень); хирургические вмешательства (поликлинический уровень); гипербарическая оксигенация; физиотерапия; ЛФК; массаж; рефлексотерапия; отдельные оперативные пособия I и II категорий сложности.

Подушевой норматив финансового обеспечения на прикрепившихся лиц к медицинской организации (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому), также включает расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах.

3.8.2. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется вне подушевого норматива в медицинских организациях согласно Приложениям № 1.2, № 1.2-а, № 1.3, № 1.3-а, № 1.4.2: онкологические консилиумы; медицинская реабилитация; гистологические, иммуногистохимические, молекулярно-генетические исследования; позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ); медицинские услуги женской консультации; консультирование медицинским психологом женщин в период беременности, родов и послеродовой период; компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, выполненная в рамках диагностики онкологических заболеваний, а также компьютерная томография, выполненная в связи с ОРВИ, гриппом, пневмонией, бронхитом или коронавирусной инфекцией типа 2019-nCoV; медицинские услуги, выполненные в рамках углубленных медицинских осмотров лиц моложе 18 лет, занимающихся спортом; медицинские услуги, оказанные в клиничко-диагностических отделениях стационаров не прикрепленным лицам; комплексные посещения в рамках диспансерного наблюдения; медицинские услуги, оказанные в приемных отделениях стационаров; медицинские услуги, оказанные в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения и не участвующие в горизонтальных взаиморасчетах.

3.8.3. Для Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи осуществляется за счёт средств подушевого норматива финансирования на лиц, застрахованных по ОМС в городе Москве.

3.8.4. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими

в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливается в размере – 12 174,71 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 12 130,89 рублей, из них для медицинской помощи, оказываемой:

- с целью проведения профилактических медицинских осмотров – 595,94 рублей;
- с целью проведения диспансеризации – 1 887,90 рублей;
- с иными целями – 1 183,42 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 1 139,60 рублей;
- в неотложной форме – 470,70 рублей;
- в связи с заболеваниями – 7 868,13 рублей;
- с целью диспансерного наблюдения – 168,62 рублей.

3.8.5. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации, определенные для следующих половозрастных групп:

- до одного года;
- один год – четыре года;
- пять лет – семнадцать лет;
- восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины;
- пятьдесят пять – шестьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины;
- шестьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, на 2024 год приведены в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8.6. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив для финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, за исключением медицинских организаций, указанных в приложении № 8 к настоящему Тарифному соглашению, в размере 9 649,25 рублей, в том числе:

- до одного года – 46 123,42 рублей;
- один год – четыре года – 16 693,20 рублей;

пять лет – семнадцать лет – 16 693,20 рублей;  
восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 3 763,21 рублей;  
восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 6 947,46 рублей;  
шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины – 5 596,57 рублей;  
пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины – 9 359,77 рублей;  
шестьдесят пять лет и старше мужчины – 15 438,80 рублей;  
шестьдесят пять лет и старше женщины – 15 438,80 рублей.

Ежемесячные подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, определяются исходя из 1/12 размера годового дифференцированного по полу и возрасту подушевого норматива.

3.8.7. В рамках реализации Территориальной программы ОМС годовой подушевой норматив с учетом повышающих коэффициентов для финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, осуществляющих деятельность на территориях города Москвы с низкой плотностью населения и указанных в п.п. 1 - 7 приложения № 1.6 к настоящему Тарифному соглашению, составляет 11 289,62 рублей, в том числе:

до одного года – 53 964,38 рублей;  
один год – четыре года – 19 531,04 рублей;  
пять лет – семнадцать лет – 19 531,04 рублей;  
восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 4 402,95 рублей;  
восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 8 128,53 рублей;  
шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины – 6 547,98 рублей;  
пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины – 10 950,93 рублей;  
шестьдесят пять лет и старше мужчины – 18 063,39 рублей;  
шестьдесят пять лет и старше женщины – 18 063,39 рублей.

В рамках реализации Территориальной программы ОМС годовой подушевой норматив с учетом повышающих коэффициентов для финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, осуществляющих деятельность на территориях города Москвы с низкой плотностью населения и указанных в п.п. 8 - 11 приложения № 1.6 к настоящему Тарифному соглашению, составляет 12 544,03 рублей, в том числе:

до одного года – 59 960,46 рублей;  
один год – четыре года – 21 701,17 рублей;

пять лет – семнадцать лет – 21 701,17 рублей;  
восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 4 892,17 рублей;  
восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 9 031,70 рублей;  
шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины – 7 275,54 рублей;  
пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины – 12 167,71 рублей;  
шестьдесят пять лет и старше мужчины – 20 070,45 рублей;  
шестьдесят пять лет и старше женщины – 20 070,45 рублей.

Ежемесячные подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, осуществляющих деятельность на территориях города Москвы с низкой плотностью населения, определяются исходя из 1/12 размера годового дифференцированного по полу и возрасту подушевого норматива.

Повышающие коэффициенты, указанные в приложении № 1.6 к настоящему Тарифному соглашению не применяются при расчете подушевого финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

3.8.8. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливаются годовые подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, имеющих в структуре травматологические пункты, согласно Приложению № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

Ежемесячные подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, имеющих в структуре травматологические пункты, определяются исходя из 1/12 размера годового дифференцированного по полу и возрасту подушевого норматива.

3.8.9. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи по профилю «стоматология», оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации, определенные для следующих половозрастных групп:

до одного года;  
один год – четыре года;  
пять лет – семнадцать лет;  
восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;  
восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;  
шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины;  
пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины;  
шестьдесят пять лет и старше мужчины;  
шестьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по профилю «стоматология», на 2024 год приведены в приложении № 7.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8.10. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив для финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, в размере 367,55 рублей, в том числе:

до одного года – 377,84 рублей;  
один год – четыре года – 377,84 рублей;  
пять лет – семнадцать лет – 1 297,08 рублей;  
восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 145,18 рублей;  
восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 163,56 рублей;  
шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины – 127,91 рублей;  
пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины – 155,84 рублей;  
шестьдесят пять лет и старше мужчины – 588,08 рублей;  
шестьдесят пять лет и старше женщины – 588,08 рублей.

Ежемесячные подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, определяются исходя из 1/12 размера годового дифференцированного по полу и возрасту подушевого норматива.

3.8.11. Дифференцированные годовые подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, плотность расселения

обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, приведены в приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8.12. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «дерматология», в размере – 152,64 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «дерматология», определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

3.8.13. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС на неотложную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оказываемую Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы, в размере – 195,17 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы, оказывающего неотложную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

3.8.14. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, за единицу объема медицинской помощи, применяемые для осуществления горизонтальных расчетов, при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, при оплате отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц

и не участвующих в горизонтальных расчетах, приведены в приложении № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8.15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях женщинам, застрахованным по ОМС, при проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, за счет межбюджетного трансферта из бюджета города Москвы бюджету МГФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования, приведены в приложении № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС:

3.9.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливается в размере – 3 929,77 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 3 794,21 рублей, в том числе по профилю «онкология» – 2 935,48 рублей, при экстракорпоральном оплодотворении – 81,79 рублей.

3.9.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые, в том числе для осуществления горизонтальных расчетов, приведены в приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.9.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, не учитываемые в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, приведены в приложении № 11.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.9.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара по законченным случаям лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 11.2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.9.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования, за счет межбюджетного трансферта из бюджета города Москвы бюджету МГФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, приведены в приложении № 11.3 к настоящему Тарифному соглашению.

3.9.6. Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований, в том числе в условиях дневного стационара, приведены в приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.10. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается подушевой норматив для финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» женщинам в период беременности и родов, вставших на учет по беременности в данной медицинской организации, включая медицинскую помощь по всем видам и условиям, предоставляемую указанной медицинской организацией при условии выполнения в данной медицинской организации базового спектра обследования беременных женщин и проведения в данной медицинской организации всех лечебных мероприятий, включая родовспоможение, в размере – 150 000,00 руб.

3.11. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС:

3.11.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливается в размере 11 999,50 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 11 932,52 рублей, в том числе по профилю «онкология» - 1 620,58 рублей.

3.11.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 12.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые для учета медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, включенными в Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации мер по противодействию угрозе распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), приведены в приложении № 12.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по отдельным медицинским услугам в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 12.2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11.5. Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований, в том числе в условиях



круглосуточного стационара, приведены в приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11.6. Тарифы на оплату лекарственных препаратов при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу приведены в приложении № 13.1 к настоящему Тарифному соглашению».

3.11.7. Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований в условиях круглосуточного стационара в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по лечению пациентов с саркомой мягких тканей приведены в приложении № 13.2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11.8. Тарифы на оплату дорогостоящих расходных материалов в условиях круглосуточного стационара, оплачиваемых в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по имплантации систем вспомогательного кровообращения длительного использования в рамках реализации специализированных целевых программ, приведены в приложении № 13.3 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11.9. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, а также доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, приведены в приложении № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11.10. Доплаты к тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, за счет дополнительного финансового обеспечения реализации Территориальной программы ОМС приведены в приложении № 14.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11.11. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования, за счет межбюджетного трансферта из бюджета города Москвы бюджету МГФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, приведены в приложении № 14.2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.12. Оплата медицинской помощи, оказанной в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени

М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров, в рамках Территориальной программы ОМС:

3.12.1. Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (за исключением тестирования на новую коронавирусную инфекцию методом ИФА, а также медицинских услуг по проведению компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, выполненных в рамках диагностики онкологических заболеваний, медицинских услуг по проведению компьютерной томографии в связи с коронавирусной инфекцией типа 2019-nCoV), а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется за счет средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

3.12.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», участвующим в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, устанавливается в размере – 23 787,87 рублей.

3.12.3. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации, определенные для следующих половозрастных групп:

- восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины;
- пятьдесят пять – шестьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины;
- шестьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» с подушевым финансированием на 2024 год приведены в приложении № 7.2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.12.4. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения

города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров, в размере – 24 605,77 рублей, в том числе:

- восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 13 533,17 рублей;
- восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 17 470,10 рублей;
- шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины – 31 249,33 рублей;
- пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины – 24 605,77 рублей;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины – 50 933,94 рублей;
- шестьдесят пять лет и старше женщины – 45 028,56 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров, определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

3.13. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках Территориальной программы ОМС:

3.13.1. Финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, осуществляется за счет средств подушевого норматива финансирования на лиц, застрахованных по ОМС в городе Москве.

3.13.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливается в размере – 1 850,18 рублей.

3.13.3. Годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи устанавливается в следующем размере – 1 937,28 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы, оказывающего скорую медицинскую помощь, определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

3.13.4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

3.13.5. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется страховыми медицинскими организациями, в соответствии с заключенными между страховыми медицинскими организациями и Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы Договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3.14. Структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до одного миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение трех месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

#### **Раздел 4 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»**

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и коэффициенты для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведен в приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

## Раздел 5 «Заключительные положения»

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2024 года и действует до 31.12.2024 года.

5.2. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон.

5.3. Внесение изменений и дополнений оформляются Дополнительными соглашениями к настоящему Тарифному соглашению на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания уполномоченными представителями Сторон.

5.4. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются:

5.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 1.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 1.1-а к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.2 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.2-а к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.5. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.3 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.6. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.3-а к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.7. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 1.4.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.8. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по профилю «стоматология» за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение № 1.4.2 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.9. Перечень медицинских услуг, оказываемых независимо от наличия направления из медицинских организаций по месту прикрепления застрахованных лиц в рамках неотложных мероприятий, затраты на оказание которых возмещаются при горизонтальных расчетах с МО (Приложение № 1.5.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.10. Перечень медицинских услуг, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинских организаций (Приложение № 1.5.2 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.11. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, осуществляющих деятельность на территориях города Москвы с низкой плотностью населения (Приложение № 1.6 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.12. Перечень медицинских организаций, осуществляющих проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования (Приложение № 1.7 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.13. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (Приложение № 2 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.14. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования (Приложение № 2.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.15. Перечень комплексных медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, используемых для учета острых, в том числе угрожающих жизни, состояний пациентам, госпитализированным по каналу «самотек» в круглосуточные стационары, с указанием критериев экстренной госпитализации (Приложение № 3.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.16. Перечень комплексных медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, используемых для учета острых, в том числе угрожающих жизни, состояний пациентам, госпитализированным по каналу «самотек» в круглосуточные стационары, без учета дополнительных критериев (Приложение № 3.2 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.17. Перечень медицинских услуг, оказываемых лицам, застрахованным по ОМС, прикрепленным к Государственному бюджетному учреждению

здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», в круглосуточных или дневных стационарах, оплата которых осуществляется вне системы горизонтальных расчетов (Приложение № 4 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.18. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций (Приложение № 5 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.19. Распределение медицинских организаций, участвующих в 2024 году в реализации Территориальной программы ОМС города Москвы, по уровням оказания медицинской помощи (Приложение № 6 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.20. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (Приложение № 7 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.21. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по профилю «стоматология» (Приложение № 7.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.22. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» (Приложение № 7.2 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.23. Годовые подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, имеющих в структуре травматологические пункты (Приложение № 8 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.24. Дифференцированные годовые подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, плотность расселения обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения (Приложение № 9 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.25. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, за единицу объема медицинской помощи, применяемые для осуществления горизонтальных расчетов, при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным

по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, при оплате отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц и не участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 10 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.26. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях женщинам, застрахованным по ОМС, при проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, за счет межбюджетного трансферта из бюджета города Москвы бюджету МГФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования (Приложение № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.27. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые, в том числе для осуществления горизонтальных расчетов (Приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.28. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, не учитываемые в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 11.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.29. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 11.2 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.30. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования (Приложение № 11.3 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.31. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 12.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.32. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые для учета медицинской помощи, оказываемой



медицинскими организациями, включенными в Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации мер по противодействию угрозе распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) (Приложение № 12.1.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.33. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по отдельным медицинским услугам в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 12.2 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.34. Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований в условиях круглосуточного и дневного стационара в дополнение к базовому тарифу (Приложение № 13 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.35. Тарифы на оплату лекарственных препаратов при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу (Приложение № 13.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.36. Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований в условиях круглосуточного стационара в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по лечению пациентов с саркомой мягких тканей (Приложение № 13.2 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.37. Тарифы на оплату дорогостоящих расходных материалов в условиях круглосуточного стационара, оплачиваемых в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по имплантации систем вспомогательного кровообращения длительного использования в рамках реализации специализированных целевых программ (Приложение № 13.3 к настоящему Тарифному соглашению);









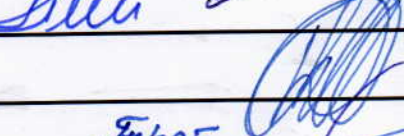
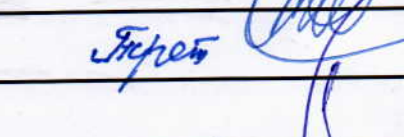

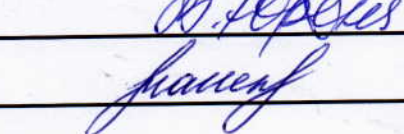
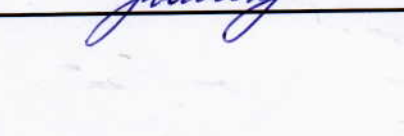



5.4.38. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 14 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.39. Доплаты к тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, за счет дополнительного финансового обеспечения реализации Территориальной программы ОМС (Приложение № 14.1 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.40. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования (Приложение № 14.2 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.41. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 15 к настоящему Тарифному соглашению);

5.4.42. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и коэффициенты для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Приложение № 16 к настоящему Тарифному соглашению).

	<b>А.И. Хрипун</b>
	<b>И.А. Урванова</b>
	<b>Э.В. Попова</b>
	<b>М.И. Преображенская</b>
	<b>Е.В. Силина</b>
	<b>И.В. Кузнецова</b>
	<b>А.Э. Сибрин</b>
	<b>Н.В. Полунина</b>
	<b>Ш.М. Гайнулин</b>
	<b>А.А. Корсунский</b>
	<b>С.В. Ремизов</b>
	<b>Д.С. Буров</b>
	<b>Е.Н. Третьякова</b>
	<b>А.Н. Кирсанов</b>
	<b>Т.О. Юренева</b>
	<b>О.С. Манейлова</b>

